Vingt-quatrième année. N° 1 4 JANVIER 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles, Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Vœux de nouvel an.

Nous voici en présence d'une tradition bien chère.

En passant de l'année qui finit à celle qui commence, il nous est toujours agréable de remercier les collaborations et les bonnes volontés rencontrées sur notre chemin, et de formuler des souhaits à l'adresse de tous ceux qui nous suivent dans notre inlassable effort.

Il ne nous est guère possible, en cette occasion, d'aller sonder la pensée intime de chacun de nos confrères, de deviner son rêve et l'ambition qu'il caresse. Caractère, aptitudes, ambiance, sont autant d'éléments qu'il nous faudrait connaître pour spécialiser nos vœux : on n'y peut pas songer.

Mais chaque lecteur du *Concours* est médecin, et c'est à ce côté de sa personnalité que nous nous adressons. Unité dans ce Tout dont nous avons le culte, le Corps médical français, à la prospérité duquel nous avons voué notre ardeur, chacun de nos Sociétaires sait prendre sa part de ce qui paraît formulé en vue de la masse ; et c'est ce qui nous permet de généraliser.

Or, un mot, un seul, suffit à résumer nos souhaits, et ce mot : c'est « prévoyance ».

Par ce temps d'encombrement, d'agressions sans cesse renouvelées, d'insécurité professionnelle, nous ne voyons qu'un seul confrère suivre la carrière avec une tranquillité d'esprit qui ne puisse être baptisée insouciance.

C'est celui qu'un journal comme le nôtre tient toujours au courant et en éveil sur tous ses intérêts, qu'une Société comme l'Association générale couvre contre les conséquences extrêmes de l'infortune imméritée et imprévue, que l'Amicale protège contre la maladie, à qui la Caisse des Pensions garantit du pain pour ses vieux jours, que le Sou médical défend contre les déboires du métier quotidien, que les banquets du Syndicat et de la Société locale font fraterniser avec ses pairs.

Hors de là, tout est aléatoire pour le médecin. S'il se laisse emporter sur les ailes de la popularité, de la politique, de la spéculation, de la passion, etc.., il s'expose à de lourdes et irrémédiables chutes, car la prévoyance et l'habileté se trouvent toujours en défaut à un moment donné dans l'indirigeable aérostat qui parcourt ces régions.

Au contraire, sur le sol où nous nous tenons, nous, simples praticiens, fût-il de sable mouvant, on ne perd jamais pied, si l'on a été prévoyant, sans que des mains tendues viennent vous tirer du danger.

Croyez-en donc, chers amis, l'expérience de ceux qui, depuis bien des années déjà, ont assisté navrés à tant de naufrages de l'individualisme et de sa suffisance absurde.

Unissez-vous par et pour la prévoyance dans les œuvres confraternelles mises à votre disposition.

Le *Concours Médical* fait des vœux ardents pour que la plupart de ses membres réalisent, en 1902, ce placement de père de famille que serait la cotisation à toutes nos Sociétés de protection mutuelle.

Ce n'est pas lui qui en bénéficiera ; c'est vous.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses par les lavages d'eau stérilisée.

M. le Dr *René Mainot*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement des pleurésies et des péritonites tuberculeuses par les lavages d'eau stérilisée très chaude. Ses conclusions sont basées sur des faits de pratique personnelle et sur les travaux de MM. Debove, Caulet, Baylac, Castaigne.

Les péritonites tuberculeuses à forme ascitique et les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses à épanchement très abondant et à tendance récidivante, guérissent sans récidive et sans pachypleurite ultérieure par les lavages de la plèvre à l'eau stérilisée chaude (Castaigne).

La pathogénie de cette thérapeutique est complexe.

Le lavage à l'eau chaude agit selon M. Mainot :

A) En débarrassant la séreuse d'une certaine quantité de liquide toxique par la tuberculine qu'il contient.

B) Par modification des leucocytes, augmentation de la vitalité de ceux qui sont déjà dans la plèvre, apport de nouveaux et particulièrement de polynucléaires.

C) En diminuant la virulence des bacilles de Koch.

D) En augmentant la perméabilité des séreuses malades, ce qui facilite la résorption du liquide qui peut y séjourner.

Action hémostatique de la kinésithérapie dans le cas de fibromes utérins.

D'après M. le Dr *Bralant*, le traitement des fibromes de l'utérus est d'ordre presque exclusivement chirurgical de nos jours, mais il n'en est pas moins vrai que tous les fibromes ne sont pas opérables ; dans ces cas, la kinésithérapie, c'est-à-dire la méthode Brandt-Stapfer, pourra rendre les plus grands services en arrêtant les hémorrhagies et en permettant à ces femmes d'atteindre la ménopause qui, une fois franchie, leur permettra de vivre la plupart du temps en paix avec leur fibrome.

Verneuil ne disait-il pas n'avoir jamais vu que deux femmes mourir de leurs fibromes.

Au point de vue opératoire même, le traitement kinésique aura de précieuses indications :

1° En relevant l'état général de ces malades, dont l'organisme est déprimé par les hémorrhagies et l'immobilité forcée dans laquelle elles vivent ; sous l'influence du traitement, la circulation abdominale, qui tient sous sa dépendance celle du corps entier, reprend vite son rythme régulier. En quelques séances, bien souvent, les phénomènes d'amélioration se manifestent, le teint se colore, la démarche est plus libre et les forces reviennent. Cette subite transformation est due au réflexe dynamogénique qui agit comme un puissant stimulateur vital sur l'économie entière.

2° En mobilisant la tumeur fibreuse, elle se trouvera libérée des œdèmes ambiants qui la fixent en apparence et qui se dissolvent sous l'influence de cette circulation bien rythmée qui irrigue, amollit les tissus et facilite les résorptions.

FEUILLETON

Une consultation célèbre

de messire Huë, *médecin de cour au XIVe siècle.*

Un de nos confrères de la *Presse Médicale* a ressuscité, ces temps derniers, un de nos ancêtres, messire Huë, médecin et conseiller privé du roi, courtisan parfait, élégant, beau, sachant « couper sa barbe au bon moment de la lune pour ménager la repousse ». Le hasard d'une lecture, dont le bibliophile Dupré nous a procuré le plaisir, nous a permis d'exhumer une des consultations célèbres de messire Huë. Cette consultation donnée à une princesse cousine du roi, jeune et belle, veuve et amoureuse, dont on ne dit pas le nom, mais qui était probablement une des deux filles de Charles le Mauvais, se trouve rapportée dans une vieille chronique qui date du roi Jean ou, peut-être, de Charles VI : « Histoire du petit Jehan de Saintré ». Ce vieux récit fut repris et mis au goût du jour au commencement du XIXe siècle, par M. de Tressar, à qui nous en empruntons l'abrégé.

«....... Le chevalier de Saintré venait de partir en Hongrie, à la tête d'une armée, pour en chasser des bandes sarrazines sorties des bords du Tanaïs.... La princesse son amante, si tendre et jusqu'alors si constante pour un héros qu'elle s'était si vivement attaché, à qui elle devait le bonheur inestimable d'aimer et d'être adorée, cette charmante veuve, trop sensible, s'était fait une si douce habitude des plaisirs que l'absence de Saintré lui enlevait, qu'en croyant ne regretter qu'un amant, elle éprouvait d'autres regrets moins nobles et plus impérieux peut-être. Inquiète, ne goûtant plus les douceurs du sommeil, elle se rappelait tristement un bonheur qui n'était plus. Une langueur mortelle fut la suite de l'insomnie et les roses de son teint furent bientôt effacées par une pâleur effrayante... ses distractions et ses rêveries lui donnaient également des regrets et des désirs : bientôt, froide et presque inanimée, elle se laissait retomber languissamment sur son lit ».

« Cet état cruel influa bientôt sur sa santé. La reine s'en aperçut et, ne la voyant point paraître à sa toilette, un jour de fête, elle envoya promptement auprès d'elle le docteur Huë, son premier médecin.

« Ce docteur Huë n'était point semblable aux médecins de son temps, qui, presque tous affectaient un maintien grave et un air sentencieux. Loin de porter des lunettes sur le nez pour paraître avoir affaibli ses yeux par l'étude, les siens étaient riants, spirituels et quelquefois lorgneurs. Quoique véritablement profond dans son art, messire Huë n'affectait pas un triste savoir avec ses malades. Il était plus occupé de leur plaire que de leur en imposer. Connaissant toutes les petites tracasseries de la cour, il les en amusait. Plus mystérieux que secret, c'était en ayant l'air de faire une confidence, qu'il embellissait l'histoire du jour : courant sans cesse

3° En arrêtant les hémorrhagies. C'est le rôle de cette partie du traitement kinésique appelé gymnastique décongestionnante.

Quelle est son action ?

La gymnastique décongestionnante ou gymnastique d'abduction fémorale, siège soulevé, provoque chez nos malades une puissante dérivation du sang vers les parties supérieures du corps et vers les muscles pelvi-trochantériens au moment où ils se contractent, dérivation théoriquement considérable (Marey) et grâce à laquelle le courant de l'utérine diminue en proportion, les deux artères s'alimentant à la source commune de l'hypogastrique. C'est l'explication théorique de l'effet hémostatique du traitement ; mais nous pensons, avec Stapfer, que les hémorrhagies chroniques de la femme sont toutes entretenues par des troubles vaso-moteurs, par une parésie de l'appareil vasculaire pelvien et abdominal, avec accroissements périodiques. Le système veineux est gorgé. En favorisant chaque jour pendant quelques instants, par des attitudes qui suppriment la contraction abdominale et par des mouvements accélérateurs, le cours du sang dans les territoires vasculaires voisins, on facilite l'évacuation du territoire abdomino-pelvien.

L'aspirine.

Le *Journal des praticiens* signale, d'après la thèse du Dr Carré, les caractères principaux d'un nouveau médicament étudié par MM. Dreser, Liesau, Rénon et Liron, l'aspirine.

L'aspirine est l'acide acétylsalicylique qui se présente sous forme de fines aiguilles blanches, d'un goût agréable, astringent, solubles dans l'eau à 1/100.

Elle possède deux propriétés : l'une anti-thermique, l'autre analgésique. Dans le rhumatisme articulaire, MM. Renon, Comby en ont obtenu de bons résultats à la dose de 1 gramme par jour en 4 doses. Dans certaines observations de carcinome douloureux, elle aurait calmé les douleurs. Dans les fièvres, elle abaisse la température.

La dose maxima est de 4 grammes, mais les doses moyennes sont de 1 à 2 grammes. Quand elle est donnée d'une manière continue, on la prescrit à doses décroissantes, mais il faut être sobre dans l'administration des fortes doses qui amènent de fortes chutes de température. Elle doit être donnée dans l'après-midi par doses de 0. 50 centigr. sous forme de cachets.

Quelque temps après l'administration du médicament, le malade entre dans une phase de transpiration plus ou moins abondante, précédant la phase de l'abaissement thermique. Avec les fortes doses, les sueurs sont très abondantes.

Ces sueurs se produisent sans frissons, sans malaise, et sont suivies de sensation de bien-être. Les urines restent au taux normal, ou bien augmentent et redeviennent limpides et claires. La température est complètement abaissée trois heures après l'ingestion du médicament.

On a reproché à l'aspirine l'affaiblissement du malade consécutif aux sueurs, et les chutes brusques de température qui peuvent produire le collapsus, mais ces reproches ne sont peut-être pas aussi fondés qu'on le prétend, car les accidents sont rares. Du reste, M. Renon n'a jamais observé de collapsus. L'aspirine est un médica-

---

après l'épigramme, il eût été mécontent de lui-même, s'il n'eût pas mêlé quelques bons mots dans ses consultations, et s'il eût écrit une ordonnance pour une jolie femme, sans lui tenir quelques propos galants. On croira sans peine que toutes celles de la cour en étaient folles ; plusieurs même le consultaient sans besoin. La robe de velours et le beau rabat de point de Venise étaient quelquefois froissés au sortir d'une de ces visites.

« Cette seule grande dame, dont le maintien et l'air étaient assez sévères en public, et dont la santé avait toujours paru si brillante avant l'absence de Saintré, n'avait jamais eu besoin de ses secours et ne l'avait jamais mis à portée d'employer ni le savoir ni l'art de plaire.

« Messire Huë obéit à la reine ; il alla voir la princesse, et, du ton le plus respectueux, lui fit les questions ordinaires. Des réponses vagues ne lui apprirent rien de particulier sur l'état de sa santé. Il s'aperçut seulement, quoique la chambre fût obscure, que ses yeux paraissaient rougis par les larmes ; et quelques soupirs étouffés, une voix entrecoupée, lui firent juger facilement que son âme était occupée d'un sentiment profond et douloureux. Soit curiosité, soit intérêt, Messire Huë, oubliant un moment qu'il était aimable, se servit des connaissances qu'il avait, en effet, pour découvrir les vraies causes du mal dont elle souffrait. Il s'empara d'un des beaux bras de la princesse et, mettant toute son attention à étudier son pouls, il fut surpris de son intermittence ; le jeu inégal et précipité des tendons lui prouva combien ses nerfs étaient agités. »

« Un habile médecin a bien des privilèges, Messire Huë craignant ou feignant de craindre que l'altération des nerfs ne vînt d'un commencement d'obstructions, obtint de la belle veuve le moyen de s'instruire mieux ou de se rassurer. La main de Messire Huë parcourut, pressa modestement une partie de ses charmes. Deux fois, il fut surpris de la sentir tressaillir vivement. Ce signe, joint à quelques autres, lui fit juger à quel point le cœur de la malade était prompt à s'enflammer. Cette découverte fait naître de simples préjugés chez les autres hommes, et donnent des notions sûres aux médecins. Messire Huë avait trop d'esprit pour oser essayer d'abuser de celle qu'il venait d'acquérir, il connaissait l'humeur altière de la dame et sagement il prit le parti de se borner à gagner sa confiance. — Ah ! madame, lui dit-il, vos maux me sont connus, et il n'est point dans mon art de les pouvoir guérir ; ce n'est que dans votre courage, ce n'est qu'en vous-même que vous pouvez trouver les ressources pour les surmonter. Je respecte trop le secret de votre âme pour porter plus loin mes questions, mes réflexions et mon examen.... A ces mots prononcés d'une voix douce et persuasive, la belle veuve ne put retenir ses larmes. — Ah ! Messire Huë, s'écria-t-elle en sanglotant, je vois que rien ne peut rester inconnu pour vous. Oui, vous voyez en moi la plus malheureuse de toutes les femmes : je ne peux m'expliquer plus clairement ; apprenez du moins qu'en

ment inoffensif qu'on peut prescrire sans crainte d'accidents d'intoxication. Les signes d'intolérance que l'on observe avec le salicylate de soude ne se produisent pas avec l'aspirine. Quatre fois seulement, jusqu'ici, d'après les observations publiées, l'aspirine ne fut pas parfaitement supportée. L'action sur l'estomac est nulle, elle ne produit pas d'albuminurie. Chez les tuberculeux, elle est susceptible de produire de bons résultats.

Traitement électrique de l'entorse.

Voici la méthode que préconisent MM. les Docteurs *Planet et Charrier* contre l'entorse. (Communication à la Société du IX[e] arrondissement). C'est une méthode électrique bien supérieure, disent-ils, à toutes les autres, même au massage :

Nous nous servons, disent-ils, d'un appareil faradique à chariot avec une bobine induite à fil fin.

La bobine induite recouvre entièrement la bobine inductrice.

Le trembleur est disposé pour que les intermittences soient très rapides.

Comme électrodes, nous prenons deux gros tampons de charbon recouvert de peau de chamois, ayant 6 à 7 centimètres de diamètre.

Les deux tampons sont tenus appliqués très fortement aux deux extrémités de l'articulation, et de préférence sur la région douloureuse, le tampon qui est relié au pôle négatif. Tandis que le tampon positif reste habituellement fixe pendant toute la durée de la séance, nous mobilisons le tampon négatif de façon à lui faire parcourir toute l'étendue de la région douloureuse.

La durée de la séance est de quelques minutes à peine, entre cinq et dix minutes.

L'application des courants faradiques sur une articulation, au moyen du dispositif que nous venons de décrire, est toujours bien supportée par les malades, même quand il s'agit, comme dans l'entorse, d'une articulation que le traumatisme a rendue parfois extrêmement douloureuse.

Examinons maintenant les résultats que nous pouvons obtenir avec cette méthode.

Prenons pour exemple une entorse tibio-tarsienne récente.

Le malade, qui souffre ou qui ne souffre pas au repos, éprouve une très grande difficulté pour marcher à cause de la douleur violente qui se produit dans la région de la malléole externe, chaque fois qu'il déplace le pied. Il ne peut essayer de marcher qu'avec l'appui d'une canne, et en boitant fortement.

Je m'assieds en face du malade qui est lui-même assis. Je pose son pied sur mes genoux. Le tampon positif est tenu appliqué contre la malléole interne. Je promène le tampon négatif sur toute la région de la malléole externe.

La séance terminée (au bout de cinq minutes environ), j'invite le malade à se lever et à marcher.

Ce qui frappe tout de suite, ce que le malade accuse avec une netteté absolue, c'est la diminution considérable, souvent même la disparition de toute espèce d'élément douloureux.

Ainsi que vous pouvez le voir dans nos observations, le malade se met à marcher avec aisance, sans boiter ; il peut frapper le sol avec

---

ce moment le séjour de la cour est insupportable pour moi. Je vous ouvre mon cœur avec confiance ; j'ai besoin de la solitude et d'y chercher un calme qui me fuit sans cesse ici. Aidez-moi de grâce à obtenir de la reine que j'aille respirer l'air pur de la campagne.

« Messire Huë reçut avec attendrissement et respect cette confidence. Il jura sur-le-champ qu'il parlerait dès le jour même à la reine, de façon à déterminer Sa Majesté à presser elle-même le voyage désiré. La princesse, calmée par cette espérance, tira de son doigt un riche diamant qu'elle présenta d'un air plein de grâces à Messire Huë. — Recevez-le, dit-elle, comme le gage de l'estime et de la reconnaissance.

« Messire Huë courut avec empressement rendre compte à la reine de l'état dans lequel il avait trouvé sa belle cousine ; et, cherchant à définir par une seule expression la complication des maux dont elle était affectée, il inventa le mot de *vapeurs*, qui, d'abord, ne fut compris ni par la reine ni par ses dames, mais que, l'instant d'après, elles crurent toutes comprendre, et dont, au bout de deux jours, plusieurs d'entre elles se plaignirent languissamment de ressentir les effets. Jamais mot ne devint plus promptement à la mode et n'eut une plus longue durée. C'est à Messire Huë que nous devons ce mot, qui, parvenu jusqu'à nous, explique d'une façon si touchante les sentiments et les peines secrètes que les dames ont à cacher.

« La reine passa chez la princesse au sortir de la messe, et, touchée de la voir pâle et défaite, elle s'attendrit sur ses maux. Mais celle-ci fut un peu interdite, lorsque la reine et ses dames la plaignirent d'éprouver d'aussi cruelles *vapeurs*. N'étant point prévenue, elle craignit d'abord que cette expression ne renfermât l'explication d'un état dont elle ne voulait pas être soupçonnée. Mais rassurée bientôt par la prudence connue de Messire Huë, elle convint de ses *vapeurs*, et que ces vapeurs ne pouvaient se dissiper que par le changement d'air, le séjour à la campagne et beaucoup d'exercice. »

Pour abréger, disons que la cousine du roi se retira dans son château, sur les bords de la Loire, où elle retrouva bien vite la santé, grâce aux soins amoureux d'un moine, espèce d'hercule, qui, de ses deux mains, soulevait une barrique à hauteur de sa bouche et buvait à la bonde.

Cette jolie consultation d'il y a bientôt cinq siècles mérite quelques commentaires. Le docteur Huë, le parrain des *vapeurs*, en inventant un mot, pouvait déjà, quarante-huit heures après le baptême, constater ce que peut la *suggestion* ; il savait être discret et garder le *secret professionnel*; il soignait l'amour et la *neurasthénie* comme on le ferait aujourd'hui, par les voyages et le grand air. S'il n'était un savant, il était au moins, un homme d'esprit. Il savait qu'il faut à la fois, *être* et *paraître*. Vivant de nos jours, il pourrait souvent nous donner des leçons de savoir-faire et d'habileté.

P. L. Viaud.

---

le pied malade, il peut se tenir debout sur ce seul pied. La douleur dans la malléole externe est supprimée, ou tout au moins considérablement diminuée.

Cet effet analgésique si remarquable a une durée variable.

Ordinairement, la douleur cesse complètement pendant plusieurs heures pour revenir, mais sans jamais reprendre son intensité première. Cette douleur procède d'ailleurs par paroxysmes et disparaît toujours de nouveau lorsqu'on recommence l'application faradique.

Voilà pourquoi il y a intérêt parfois à faire deux applications dans la même journée. En outre, nous conseillons toujours aux malades de marcher le plus possible.

On ne saurait trop insister sur ce remarquable résultat obtenu par la faradisation pratiquée suivant cette méthode. Il faut avoir vu des malades atteints d'entorses récentes pour se rendre compte de l'importance du phénomène douleur et de l'utilité qu'il y a à faire disparaître ce phénomène ou même seulement à le diminuer.

En effet, la douleur ne faisant plus obstacle aux mouvements de l'articulation atteinte, le malade ne se refuse plus à exécuter ces mouvements. On évite ainsi les complications ordinaires de l'entorse : épanchements chroniques, exsudats, ankylose, etc., qui sont le cortège habituel des entorses anciennes, et qui, par leur persistance, arrivent à constituer quelquefois des infirmités permanentes.

Dans les entorses anciennes, c'est-à-dire quand le malade nous est amené plusieurs semaines, ou plusieurs mois même après le traumatisme, quand il se présente à nous avec les complications que nous venons de signaler (empâtement péri-articulaire, raideurs articulaires, ankylose, atrophie musculaire de tout le membre, etc.), la faradisation ne nous a pas donné des effets aussi complètement favorables et aussi rapides que pour les entorses récentes.

Cependant, là encore, le résultat est très avantageux, puisque les premières applications faradiques ont été suivies d'une diminution notable de la douleur et de la tuméfaction périarticulaire, alors que le massage pratiqué antérieurement pendant plusieurs semaines, semblait avoir épuisé toute son action.

En résumé, nous estimons que dans les entorses, le traitement doit avoir pour but de favoriser la mobilisation de l'articulation et par conséquent le rétablissement aussi rapide et aussi complet que possible de la fonction.

Il faut éviter à tout prix l'immobilisation.

Eh bien ! qu'est-ce qui empêche toujours d'exiger du malade qu'il mobilise son articulation, si ce n'est la douleur ?

Supprimer la douleur le plus rapidement possible, voilà ce que le médecin doit surtout rechercher.

Aucune médication ne peut fournir ce résultat au même degré que la faradisation avec son effet analgésique et c'est ce qui établit la supériorite de cette méthode sur les autres procédés thérapeutiques actuellement employés contre l'entorse.

CLINIQUE OBSTETRICALE ET PÆDIATRIE

Clinique d'accouchements d'Assas ;

M. le Professeur Budin.

I

Furonculose et érysipèle des nouveau-nés.

La furonculose, affection peu grave chez l'adulte, n'a pas toujours, il s'en faut, la même bénignité chez les nouveau-nés. D'une part, en effet, sa guérison est parfois extrêmement difficile à obtenir, non pas en tant que lésions, mais en tant que poussées. On voit des enfants qui, pendant des semaines et des mois, présentent des éruptions successives et subintrantes de furoncles avec une fièvre assez vive à laquelle ils peuvent même succomber. D'autre part, en raison de sa contagiosité, cette affection n'est pas sans inconvénients pour les autres enfants et les grandes personnes qui les approchent. Je me souviens avoir été appelé, en 1887, auprès d'un nouveau-né atteint de furoncle au genou gauche. Je trouvai la famille et surtout la sage-femme véritablement effrayées. Il y avait eu, quelques années auparavant, chez la sœur aînée du bébé malade, une semblable éruption de furoncles à laquelle on n'avait pas attaché, tout d'abord, d'importance. Puis, de contagion en contagion, il s'en était suivi une véritable épidémie. Enfant et adultes en avaient souffert si cruellement que tous en conservaient encore le plus pénible et le plus désagréable des souvenirs. Je rassurai la sage-femme, j'appliquai la médication dont je vais maintenant parler et, en quelques jours, tout fut terminé.

Quelle conduite convient-il de tenir contre les furoncles des nouveau-nés ? Ils sont redoutables par leur contagiosité et la facilité avec laquelle ils s'inoculent chez le petit malade lui-même et chez ceux qui l'entourent. Pour éviter cette diffusion il faut désinfecter et en même temps isoler le mal. Prenez du collodion, de l'éther, une solution de sublimé et une lancette flambée. Si le pus est collecté, incisez l'abcès, videz-le, lavez à l'éther puis au sublimé pour décaper et désinfecter la peau. Appliquez enfin sur le furoncle ainsi traité une couche de collodion au-dessous de laquelle la guérison se produit sans inoculation possible au voisinage. Si la suppuration n'est pas encore formée, nettoyez à fond la peau et recouvrez de collodion. Deux ou trois jours plus tard, le moment est venu d'inciser. Enlevez alors la couche de collodion, libérez la collection purulente et procédez comme précédemment. J'ai toujours employé avec succès cette méthode de traitement ; grâce à elle, on prévient l'infection des glandes sébacées voisines et les multiples contagions possibles. Je vous présente un jeune enfant guéri en quelques jours par ce procédé d'une poussée menaçante de furoncles sur la tête. L'éruption ainsi localisée s'est éteinte rapidement sans donner naissance à aucune complication.

Nous avons soigné, en même temps, un autre nouveau-né atteint d'érysipèle. Le furoncle du premier n'a pas pu évidemment être cause de l'affection du second, car les deux maladies ne relèvent pas du même agent microbien. J'ai fait

porter ailleurs mon enquête étiologique et celle-ci m'a montré, chez la mère, une otite suppurée, qui jusqu'alors avait échappé à notre attention, cause probable de l'érysipèle du nourrisson.

L'état de ce dernier, malgré les bains de sublimé, n'a pas tardé à devenir grave et peu à peu sa vitalité a faibli. Particularité intéressante : pendant ce temps sa courbe de poids s'est maintenue bonne et légèrement ascendante à tel point que les élèves du service, trompés par cette indication, portaient quand même un pronostic favorable. La fièvre, cependant, persistait et la respiration devenait difficile. Dans ces conditions, malgré l'augmentation de poids, je n'eus aucune illusion sur l'issue fatale et effectivement l'enfant a succombé. Voilà donc une mère qui, par une suppuration d'oreille à laquelle elle n'attache aucune importance, cause à son enfant un érysipèle intense et mortel. Vous voyez quelles précautions il est nécessaire de prendre contre toutes les sources d'infection.

Je désire attirer également l'attention sur un autre fait intéressant : malgré la fièvre, malgré l'érysipèle, malgré la mort prochaine, la courbe de poids du nourrisson est restée satisfaisante et progressivement ascendante. J'ai bien souvent noté cette particularité paradoxale avec nombre d'affections infantiles, la lymphangite péri-ombilicale, la broncho-pneumonie en particulier. Assurément il n'en est pas toujours ainsi ; toutefois, cette éventualité est fréquente. On ne doit donc pas tirer de la courbe des poids des conclusions trop précises quant au pronostic. Lorsque le nouveau-né présente une ascension régulière du poids, vous pouvez penser que, se nourrissant normalement, il va lutter et se trouver dans d'assez bonnes conditions relatives de résistance. Mais n'allez pas au-delà, ne dites pas aux parents : votre enfant augmente de poids, tout va bien. Tenez compte du pouls, de la température, de la maladie dont il est atteint autant et plus même que de la courbe de poids.

II

DANGERS DES ANGINES ET DES GRIPPES MATERNELLES POUR LES NOUVEAU-NÉS.

Nous avons eu, dans le service, d'autres faits également utiles à signaler en raison surtout des précautions prophylactiques qu'ils suggèrent. Deux personnes, une infirmière et une sage-femme ont été simultanément atteintes d'angine. Immédiatement nous les avons isolées et, grâce à cette mesure de préservation, rien d'anormal ne s'est passé dans les dortoirs.

Bien des choses sont à redouter, en effet, en pareil cas. De simples angines peuvent, en l'absence d'isolement, servir de point de départ à de graves épidémies dont parfois on ne voit la fin qu'après de longs mois. En voici un exemple : Une femme nouvellement accouchée prend une angine : 9 voisines, dans la même salle, sont atteintes et sérieusement malades. Autre cas ; une sage-femme est prise d'amygdalite et, consécutivement, dans le dortoir où elle est de service, une véritable épidémie se déclare entraînant un chiffre énorme de mortalité, 4 décès ! Nous avons eu, à la clinique, il y a trois ans et deux ans, en 1898 et 1899, un exemple analogue. A cette époque, le service d'isolement n'existait pas encore. Un jour, une femme est atteinte d'angine, dans nos salles. Le lendemain sa voisine présente la même affection et bientôt il y eut toute une série de femmes et de nouveau-nés malades. Tandis que, pendant les mois précédents, la morbidité atteignait 4,3 %, durant les trois mois de cette période elle s'éleva à 16 %, soit un nombre 4 fois plus grand. Aucune femme heureusement ne succomba. Mais il n'en fut pas de même pour les nourrissons. Sur 463 enfants 34 furent malades et 17 moururent, soit une morbidité relativement faible, mais une mortalité énorme. Chez les accouchées et surtout les nouveau-nés, une simple angine peut donc prendre des proportions sérieuses et entraîner des conséquences redoutables. Les mères guérissent encore, les enfants succombent dans une forte proportion.

Durant cette épidémie, j'eus à déplorer le décès d'un enfant dont l'histoire est particulièremet intéressante. La mère, atteinte de rétrécissement du bassin, avait subi en 1886, un premier accouchement prématuré. Longtemps après, redevenue enceinte, elle fut soumise sans succès au mensurateur-préhenseur de Farabeuf, instrument aussi inutilisable qu'inutilisé. L'enfant succomba et on fit l'embryotomie. Enceinte à nouveau elle vint à la Maternité, conduite par son mari qui, formellement, s'opposa à toute tentative d'opération césarienne ou de symphyséotomie. La parturiente était au 8e mois de sa grossesse. J'appliquai le forceps au détroit supérieur et je pus extraire un enfant vivant. Je recommandai vivement à cette femme, en cas de nouvelle grossesse, de revenir me voir dès le 5e ou 6e mois. J'ignore et je ne saurais rechercher pourquoi elle ne se conforma pas à mon avis. Quoi qu'il en soit, enceinte pour la 4e fois, elle se présenta à la clinique d'accouchements, à terme et en plein travail. Le matin, en l'examinant pendant la visite, je trouvai la dilatation complète et les contractions utérines vigoureuses. La fièvre s'élevait déjà à 38°. Cette femme déclara catégoriquement qu'elle refusait toute opération césarienne et toute symphyséotomie. Je me disais à moi-même et je disais devant les élèves : vais-je malgré sa volonté pratiquer l'une de ces opérations ? Evidemment je n'en avais pas le droit. D'autre part, en abandonnant le travail à la nature, qu'allait-il se passer ? L'enfant était destiné à succomber et après lui, la mère également sans doute. La situation était difficile. Cette femme avait eu un tort grave, celui de ne pas venir avant l'époque du terme pour être soumise à l'accouchement prématuré. Je l'en blâmai vivement mais il ne m'en restait pas moins l'impérieux devoir d'agir. Sentant l'impuissance du forceps dans un tel rétrécissement, il fallait me résoudre à pratiquer l'embryotomie sur un enfant vivant. J'appliquai cependant, par acquit de conscience, le forceps. Je fis alors une traction loyale et, à ma grande surprise, j'amenai un enfant bien développé et vivant. Je découvris bientôt pourquoi l'extraction avait été possible. Le crâne était fracturé et le frontal enfoncé. L'enfant fut ranimé, mis dans une couveuse et il survécut. Etant d'examen le soir à la clinique, je revins voir le nouveau-né, et, après avoir incisé le revêtement cutané au niveau de la fracture, je redressai l'os et appliquai du collodion sur la plaie. Le petit opéré guérit et déjà sa courbe de poids s'élevait régu-

lièrement et progressivement lorsque, voisin de salle d'une des femmes atteintes d'angine, il contracta un érysipèle et mourut. A l'autopsie, je constatai que la fracture était absolument cicatrisée sans laisser aucune trace.

En clientèle, ces faits ont également leur importance. Lorsque vous soignerez un nouveau-né ou une femme récemment accouchée, prenez garde aux angines de l'entourage. Soyez sévères et ne laissez pénétrer aucune amie atteinte de mal de gorge. Eloignez de même la sage-femme ou l'infirmière si elles sont malades.

A ce propos, une question se pose. Voici une nourrice allaitant un enfant nouveau-né. Elle prend une angine.

Faut-il cesser l'allaitement ? En pratique, on se trouve quelquefois très embarrassé. Personnellement, j'adopte la ligne de conduite suivante. Je laisse la nourrice continuer l'allaitement, mais je la sépare de l'enfant. Ce dernier demeure dans une autre pièce et ne voit la malade qu'au moment des tétées, toutes les 2 ou trois heures. A ce moment, les seins sont lavés, le nourrisson tette et est ensuite éloigné. Malgré la fièvre, en effet, le lait maternel conserve ses propriétés et ne présente pas en lui-même de sérieux inconvénients. L'enfant augmente de poids et n'éprouve aucun malaise, mais il est nécessaire, pour empêcher une contagion particulièrement dangereuse, de l'éloigner de sa nourrice.

Les angines de l'entourage ne sont pas, d'ailleurs, les seules affections à redouter pour les nouveau-nés et les parturientes. Il peut se produire d'autres maladies contagieuses également à craindre, la grippe, par exemple. Nous venons d'en observer deux cas chez des nourrices du dortoir, à la clinique. La première femme eut un soir 40°, des épistaxis ; le lendemain la température était redescendue presque à la normale. La seconde avait 39° hier et 37°2 ce matin. Il s'agit de grippe, affection peu grave, direz-vous. C'est exact d'une manière générale ; toutefois, dans un service d'accouchements la grippe est redoutable. Aussi, ai-je immédiatement isolé les deux malades et cette précaution n'est pas inutile, vous allez voir pourquoi. En 1897, il y eut, à Paris, une épidémie grippale assez sérieuse. Dans mon service de la Maternité, nous avons enregistré, effectivement, quelques cas graves, mais grâce aux salles d'isolement que nous avions l'avantage de posséder, tout s'éteignit rapidement. A cette époque, ici-même, à la clinique d'accouchements d'Assas, dirigée alors par M. Bar, il n'existait malheureusement pas de pavillon d'isolement. Eh bien ! l'épidémie grippale s'y développa sans entraves possibles et prit des proportions considérables. Accouchées, infirmières, surveillantes, furent malades en grand nombre. On ne pouvait plus faire une opération sans tomber dans les complications fébriles. Les enfants étaient atteints et beaucoup succombèrent. De sorte que, à la même époque, dans deux établissements hospitaliers semblables et voisins, l'existence d'une salle d'isolement a permis à l'un de se mettre totalement à l'abri d'une épidémie qui a cruellement sévi sur l'autre.

Aujourd'hui, une infirmière, une nourrice ou une femme prend-elle la grippe, immédiatement nous l'isolons et le cas reste unique, les autres accouchées demeurent indemnes, ainsi que les enfants. C'est surtout chez ces derniers que la grippe est à redouter. Etant plus faibles et plus chétifs, ils ne résistent pas toujours et quelques-uns meurent. J'en ai fait une pénible constatation, en 1896, à la Maternité, où j'étais chargé du service des enfants débiles. Un soir, vers la fin de décembre 1895, les nourrices, au nombre de 14 voulurent sortir malgré le froid. Elles rentrèrent une demi-heure après. Cela fut suffisant. Le lendemain 6 enfants furent grippés, et les autres furent pris les jours suivants. La toilette de ces nourrissons était faite dans une salle commune où ils se rencontraient avec les enfants débiles. Malgré tous mes efforts pour préserver ces derniers, 34 d'entre eux furent atteints et 23 moururent, soit une proportion énorme de 67 %. Quant aux enfants de nourrices, un seul succomba. Cette mortalité est la plus élevée que j'aie enregistré, les années suivantes s'élevant à 16 %, 52 %, 57 %. Vous voyez quels ravages une maladie bénigne, mais contagieuse, la grippe, peut causer chez les enfants débiles. Depuis cette époque, j'ai obtenu l'autorisation de faire consacrer à ces petits êtres un pavillon spécial composé de 3 parties : une pièce d'attente pour les enfants venus du dehors, sorte de lazaret où ils séjournent 10 à 16 jours, une salle commune et une troisième d'isolement pour les malades.

Cette étude entraîne une conclusion pratique pour la clientèle de la ville. Si vous avez à soigner un enfant débile, entourez-le d'une surveillance rigoureuse. Evitez soigneusement tout contact avec les malades, enfants ou adultes ; protégez-le contre les contagions multiples, qui sont pour lui un danger particulièrement redoutable.

III

L'ulcère variqueux des femmes enceintes

Le cas suivant touche aux mêmes faits. Il s'agit d'une femme accouchée il y a quelques jours. Du côté utérin, tout va bien ; mais il existe, aux deux jambes, des ulcères variqueux suppurants. Dans quel service d'abord faut-il mettre cette femme ? Elle rentre effectivement dans un groupe de malades qu'on ne sait où adresser. Les chefs des services de médecine se récusent, l'ulcère variqueux rentrant dans la chirurgie. Le chirurgien répond qu'il n'a rien à faire en pareil cas et que, de plus, la femme venant d'accoucher, c'est au service d'obstétrique à l'hospitaliser. L'accoucheur réplique ; la délivrance est faite, l'ulcère variqueux est d'ordre chirurgical et de plus c'est une source d'infection pour une salle d'accouchées. Ce dernier argument est celui qui tient le plus au cœur aussi bien de l'accoucheur que du chirurgien. Les mêmes tribulations se reproduisent pour d'autres affections du même genre, les infections utérines après un avortement, par exemple. Le médecin qui l'a reçue pour la fièvre l'envoie au chirurgien pour un curettage. Celui-ci la dépêche à l'accoucheur en disant : c'est de la grossesse et surtout c'est une source d'infections ! Pour ce groupe nombreux de malades j'ai demandé à l'assistance d'instituer des services spéciaux où on hospitaliserait tous les suppurants.

En attendant j'ai dû prendre, ici, cette femme atteinte d'ulcères variqueux. Sa suppuration est dangereuse pour ses voisines, mais aussi pour elle-même, vu sa qualité de nouvelle accouchée.

Pour réduire au minimum cette source d'infection, j'ai adopté le pansement suivant : je lave l'ulcère avec une solution de sublimé, je recouvre la solution de continuité de poudre de salol et j'applique sur le tout une bande de baudruche que je fixe à la périphérie avec du collodion. Il est bon, en général, de mettre une seconde baudruche sur la première. Du pus se forme sous le pansement, mais il est isolé. Après 1, 2 ou 3 jours, suivant l'abondance du suintement, je décolle le collodion avec de l'éther, je lave et procède comme précédemment. Dans ces conditions, l'ulcère guerit en 2 à 3 semaines et la femme n'est pas exposée à être infectée elle-même ou à infecter les autres.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Sur le traitement conservateur des tumeurs annexielles purulentes (pyosalpingites-ovarites) et sur ses résultats dans les méthodes d'incision vaginale.

La gynécologie moderne a démontré que les affections appelées autrefois exsudats para ou périmétritiques n'étaient le plus souvent que des accumulations de pus dans les cavités préformées, telles que les trompes ou les ovaires. Elle a prouvé aussi qu'il était impossible de guérir cette variété d'abcès du bassin soit par des actions locales résorbantes, soit par un traitement général et balnéaire, et que celle-ci affaiblissait peu à peu les malades d'une façon considérable.

Ces faits une fois démontrés, on en vint à pratiquer des opérations variées pour guérir ces affections. On extirpa les trompes et les ovaires malades par la laparatomie abdominale ; on fit, dans le cas de bilatéralité des lésions, l'extirpation de l'utérus et des annexes par le vagin, on enleva aussi par ce dernier procédé les cavités purulentes, en gardant l'utérus (cœliotomie vaginale) ; enfin quelques gynécologues revinrent à la castration totale par la voie abdominale.

Mais, à côté de ces opérations radicales, trouvent encore place des méthodes conservatrices, telles que la ponction et l'incision vaginales (Hegar, Laroyenne, Monod, Richelot, etc.). Ainsi Landau recommande, dans le cas de pyosalpingite ou d'ovarite unilatérale, l'incision simple ; Laroyenne et Vulliet se contentent en pareil cas d'une ponction; Monod conseille une double incision vaginale, quand les lésions se compliquent d'un abcès du cul-de-sac de Douglas.

Dührssen a obtenu de très bons résultats par la méthode suivante ; il a fait, entre autres, une incision sagittale dans le cul-de-sac postérieur pour un cas d'abcès ovarien droit atteignant les dimensions du poing et compliqué de pyosalpingite gauche; il a obtenu une guérison complète en sept jours (disparition de la fièvre, des douleurs, de la suppuration) grâce à un seul tamponnement de la cavité purulente à la gaze iodoformée. L'affection était d'origine gonococcique. Cinq ans après, cet auteur revit la malade : menstruation régulière; dans le ligament droit on ne sent que l'ovaire sans indurations périovariques d'ordre pathologique. L'ovaire gauche atteint à peine les dimensions d'un œuf de poule ; il est mobile, de haut en bas, un peu fixé en arrière ; aucune douleur ni spontanée, ni provoquée.

Dans un cas analogue, d'origine puerpérale, compliqué même d'un abcès ovarien, qui s'était vidé dans le rectum, Dührssen pratiqua l'incision du cul-de-sac de Douglas ; il pratiqua deux tamponnements, et la guérison s'est effectuée en sept jours. La maladie datait de six années. Quatre ans après l'opération, la malade se portait toujours bien.

L'incision vaginale est excellente même dans les cas d'abcès ovariens volumineux, géants, s'étendant presque jusqu'à la région ombilicale, alors qu'une incision abdominale semblerait très indiquée.

Küstner a réalisé un grand progrès dans ce traitement conservateur des abcès du bassin, en utilisant la voie vaginale pour l'ouverture des abcès intrapéritonéaux occupant une situation latérale assez élevée. Pour cela, il pratique du côté intéressé une incision demi-circulaire dans le vagin, sépare la vessie du col utérin, et vide l'abcès après ouverture et ligature du ligament large intéressé. En 1892, Landau avait déjà préconisé une opération analogue, mais il réséquait l'utérus ; or l'ouverture de la base du ligament large rend cette résection utérine inutile. Dührssen a pu, grâce à la méthode de Küstner, guérir sans toucher à l'utérus, des abcès du bassin, atteignant même la grosseur d'une tête humaine ; il cite cinq observations de ce genre (*Berliner klinische Wochens*, avril 1901, nos 16 et 17).

Il s'agissait toujours d'une infection puerpérale ou d'une infection gonococcique ; les patientes avaient des douleurs intenses et de la fièvre depuis plusieurs mois ; elles étaient très amaigries, et leur pouls était misérable. Les tumeurs étaient toutes situées latéralement, sans trop déprimer la paroi vaginale ; elles semblaient quelquefois faire corps avec l'utérus.

Trop souvent ces pyosalpingites ou ces abcès ovariens volumineux sont pris par les praticiens pour de simples exsudats ; or il importe de porter un diagnostic aussi rapide que possible, afin de mettre un terme aux souffrances des malades. A priori, il est vraisemblable d'admettre la possibilité d'une tumeur annexielle plutôt que celle d'un exsudat, quand on relève dans les antécédents quelqu'accident puerpéral. Ensuite, l'exsudat paramétritique est généralement une affection de courte durée, qui guérit soit d'une façon spontanée, soit par un traitement approprié, ou sinon devient purulent. Un soi-disant exsudat paramétritique qui persiste encore six mois après l'accouchement est à coup sûr, d'après l'auteur, un pyosalpinx ou un abcès de l'ovaire.

L'exsudat paramétritique ne peut à cause de la disposition de cul-de-sac de Douglas avoir une forme sphérique ; il est situé entre le rectum et la paroi vaginale postérieure, et affecte la forme d'un cylindre transversalement dirigé, qui déprime le vagin, non pas vers le bas, mais bien en avant.

Un pyosalpinx volumineux déprimera, au contraire, la paroi vaginale latérale ou postérieure vers le bas ; il aura la forme d'une sphère, et se laissera repousser vers les parois du bassin ; plus particulièrement sous le chloroforme, on le sentira également à travers la paroi abdominale.

Quand cette affection est combinée à un exsudat, on perçoit les signes précédents, et en plus, une espèce de cylindroïde transversal au niveau de la paroi vaginale postérieure.

Dans ces cas opérés par Dührssen, au moyen de la méthode de Küstner, il fut étonnant de voir avec quelle rapidité les douleurs disparurent ; la température redevint normale, l'appétit reparut.

L'auteur a suivi ses malades pendant un temps variant entre 4 mois et 2 ans, et même plus, après l'opération ; jamais il n'y a eu récidive du côté malade ; jamais les annexes de l'autre côté n'ont été prises secondairement. Ce sont là des faits qui militent en faveur de ces méthodes conservatrices d'incisions vaginales. Le chirurgien devra donc toujours se demander si l'une de ces méthodes ne pourrait suffire à tel ou tel cas, dans lequel il serait décidé à extirper les annexes par une cœliotomie abdominale ou vaginale, ou même à pratiquer la castration totale.

Ces méthodes conservatrices peuvent se classer ainsi qu'il suit :

1° Incision simple de la paroi vaginale postérieure, et ouverture consécutive de l'abcès ou des abcès annexiels, qui y adhèrent.

2° Incision de la paroi vaginale postérieure ; ablation d'un exsudat périmétritique ; ouverture d'un abcès annexiel situé au-dessus.

3° Incision de la paroi vaginale latérale, ouverture du ligament large, puis s'il est nécessaire, du cul-de-sac de Douglas.

4° Incision transversale de la paroi vaginale antérieure ; isolement de la vessie et du col utérin.

5° Incision des deux parois latérales, avec ouverture des deux ligaments larges.

6° Colpo-cœliotomie antérieure dans les cas graves.

Ces méthodes sont non seulement utiles, mais encore exemptes de danger ; elles permettent de vider de grandes collections purulentes accumulées soit dans les trompes soit dans les ovaires ou dans leur voisinage, et de conserver et de guérir d'une façon relative des organes très malades.

Traduit de l'allemand par M. le Dr Georges.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Traitement des sueurs nocturnes des phtisiques par le Tannoforme.

Les sueurs nocturnes constituent pour les phtisiques un inconvénient presqu'aussi grave que la fièvre, aussi est-il toujours indiqué de les faire disparaître dans la mesure du possible. Malheureusement, les anti-sudorifiques (atropine etc..) généralement recommandés n'agissent souvent que pendant un certain temps, car les malades s'y accoutument rapidement.

Pour continuer leurs effets bienfaisants, il faudrait alors administrer des doses qui ne sont plus supportées par les patients (dyspepsie causée par l'atropine, etc.).

On obtient quelquefois de grands soulagements, dans les cas légers, au moyen des anti-sudorifiques externes ; mais leur action est très douteuse dans les cas graves ; ils comportent de l'eau additionnée de sel et de vinaigre, ou bien d'essence de citron. D'une façon générale, on préfère user des médicaments externes, afin de ménager le tractus intestinal, déjà très délicat des tuberculeux.

Dans cet ordre d'idées, Hirschfeld a préconisé les badigeonnages avec un mélange à parties égales de formol et d'alcool absolu ; les résultats en sont excellents, mais le formol est assez irritant localement pour la peau, et ses vapeurs sont d'une action irritante aussi sur la muqueuse respiratoire.

Pour éviter ces inconvénients, Burghart recommande une solution alcoolique de formol à 10 %, additionnée de 3 ou 4 parties pour 100 d'huile de menthe poivrée. C'est là un mélange très bon d'après Holda ; mais ce traitement n'est guère profitable que dans un hôpital, car il est trop minutieux pour être confié au malade lui-même.

Dernièrement, Strasburger a préconisé contre les sueurs nocturnes des phthisiques le tannoforme, qui est un produit de condensation du tannin et de la formaldéhyde.

Cette préparation possède de nombreux avantages : Son emploi est très simple (il suffit en effet d'enduire les parties du corps, sujettes à la transpiration avec un mélange composé d'une partie de tannoforme pour deux parties de talc) ; en outre ce produit n'est ni toxique, ni irritant.

Strasburger a employé le tannoforme dans huit cas légers de transpiration, sans fièvre ; il a suffi de 4 à 11 badigeonnages pour obtenir une guérison complète. Une fois seulement le mélange fut trouvé trop irritant par le malade ; il y eut amélioration, mais non pas guérison complète.

Sur quatre cas de transpiration accentuée, on obtint trois guérisons complètes et une amélioration. Ce sont là des résultats très satisfaisants.

Le tannoforme constitue donc contre les sueurs nocturnes des phthisiques un remède, sinon supérieur, du moins très avantageux. Il n'est pas toxique, et son emploi est très simple, il suffit généralement de frictionner la poitrine ; dans les cas plus accentués, il faut encore en enduire la nuque, les reins, et quelquefois les membres. On peut se servir soit d'une solution, soit de la poudre de tannoforme. L'auteur fait remarquer que, dans plusieurs cas, la disparition de la sueur coïncida avec une chute de la température. (*Berliner klinische Wochens.* 1901, n° 26.)

Résultats fournis par les injections intraveineuses d'hétol dans le traitement des tuberculoses pulmonaires et laryngées.

L'hétol, préconisé par Landerer, est une solution aqueuse de cinnamate de soude. Ce sel est soluble dans l'eau chaude à la dose de 1 pour 20. Les composés cinnamiques ne sont pas toxiques ; ils sont d'une préparation facile, aisément solubles dans l'eau, stérilisables ; ils agissent à petite dose.

Ce médicament agirait d'après lui en formant une capsule autour des processus tuberculeux.

L'hétol a été très employé, ces dernières années, contre la tuberculose, et d'après la majo-

rité des auteurs, il améliore les sensations subjectives du malade dès la première injection.

La toux et l'expectoration sont favorablement influencées, car l'intensité de la toux diminue et l'expectoration devient moins abondante.

Les sueurs nocturnes décroissent et finissent par disparaître, le poids du corps augmente.

Les doses trop élevées amènent des hémoptisies.

Jamais on n'a observé d'actions secondaires nuisibles.

On emploie une solution d'hétol à 1 p. 100 ; celle-ci est conservée dans des flacons en verre colorés. Elle doit être claire, de réaction neutre ou légèrement alcaline. Avant l'injection, on la stérilise en la mettant pendant cinq minutes dans un bain d'eau chaude. On emploie la seringue de Pravaz stérilisable, avec piston en askestos ; les canules doivent être très piquantes, pour réduire les douleurs au minimum. Les seringues et les canules sont conservées dans l'alcool absolu, et stérilisées avant l'injection. Avant d'opérer, on entoure le bras d'un tube en caoutchouc dans la région voisine du coude. La région de la veine céphalique est lavée à l'éther et au sublimé à 1 p. 1000. Ensuite on enfonce la canule. Comme dose initiale, on donne un demi milligramme, c'est-à-dire une demi-division. Après l'injection on couvre la piqûre d'un pansement stérilisé, qu'on laisse en place quatre heures durant. Suivant les sensations du malade, on augmente la dose par demi-division. Le maximum comporte 8 divisions. Les injections se font trois fois par semaine, alternativement à chaque bras.

On cesse le traitement dans le cas de néphrite chronique ou de diabète.

Guttmann a observé, sur 33 cas traités : 1 guérison, 10 améliorations, 9 insuccès, 8 morts.

Le professeur Krause, sur 102 cas, a obtenu 22 guérisons, et 21 améliorations.

D'après Guttmann, cette méthode, à côté de nombreux insuccès, ne compte pas beaucoup de succès et seulement quelques améliorations.

Le médicament doit être dosé selon chaque individu. Il y a peu d'actions secondaires néfastes ; celles-ci consistent en céphalée, sensation d'oppression dans la poitrine, expectoration teintée de sang, eczéma local. Dans la plupart des cas on nota une remarquable amélioration subjective après les premières injections ; les malades pouvaient mieux se mouvoir, mieux travailler ; ensuite venaient une augmentation de l'appétit, une diminution de la toux et de l'expectoration, la disparition des sueurs nocturnes, l'abaissement de la température. Ces phénomènes étaient d'autant plus marqués que les lésions étaient moins avancées ; dans les cas graves, ou moyennement graves, on ne les observait pas.

Ainsi des éléments de première importance dans le traitement étaient le degré de la lésion, et aussi l'hygiène du milieu dans lequel vivait le malade.

Personne ne met en doute les succès obtenus par l'hétol dans les cas récents ; aussi faut-il recommander ces injections dès qu'on a pu déceler la tuberculose.

VARIÉTÉS

Moult jolys souhaits !

Que peut-il apporter à notre espoir lassé,
Cet avenir prochain qui s'ouvre plein d'alarmes ?

Que les dieux t'accordent tout ce que tu souhaites, disaient les anciens. Cette courte phrase résume à la perfection les vœux de santé, de prospérité, de parfait bonheur, qu'on a l'habitude de formuler à cette époque de l'année, en prose plus ou moins recherchée, en phrases patiemment adornées d'épithètes optimistes.

N'ayant pas le pouvoir, à mon grand regret, de forcer la main à la destinée et de la rendre plus clémente en faveur de ceux qui me sont chers, je souhaite ardemment au moins qu'elle soit propice au plus grand nombre des membres du *Concours médical*, amis connus ou inconnus, au cœur robuste et sain, avec lesquels nous nous sentons tous ici en communion d'idées.

Malgré les turpitudes de la débâcle présente, qu'ils abandonnent aux âmes veules les lâches désespérances et que l'an nouveau leur apporte de fécondes énergies, l'encouragement des lendemains libérateurs.

Malgré le souvenir mélancolique de ce qui n'est plus et la préoccupation bien naturelle de ce qui nous attend, (le passé ne doit pourtant pas écraser le présent), acceptons l'augure d'une humanité meilleure, régénérée, avec plus de bonté, plus de tolérance, plus de justice. Acceptons sans récrimination cette nouvelle étape, comme de braves soldats qui luttent pour l'affranchissement de l'humanité.

Je souhaite plus particulièrement que les médecins oublient ce qui les divise pour ne songer qu'à ce qui doit les unir, chaque aube blanche faisant éclore un peu plus de vraie fraternité ; qu'ils ne se laissent plus accaparer ou exploiter par les associations parasitaires de tout ordre, y compris l'Etat et les municipalités, qui ne reconnaissent les services rendus, lorsqu'ils ne sont pas gratuits, que par des allocations dérisoires, ce qui n'empêche pas ceux qui en profitent d'être d'une exigence, qu'aucune épithète ne saurait qualifier.

On ne peut qu'applaudir au courant de mansuétude et d'humanité, qui se dessine depuis quelque temps, à travers notre législation : Je voudrais bien voir appliquer aussi la loi de pardon dans notre milieu médical.

Je voudrais que nos confrères finissent par apprendre à s'aimer les uns les autres, ou tout au moins, si c'est trop demander, à se supporter mutuellement, à renoncer aux anciens errements, à s'évader des mesquineries et de la réalité médiocre.

Qu'un grand souffle, après avoir rendu l'air plus vif, plus stimulant, élargisse en quelque sorte l'horizon et vous apporte de délicates compensations. A l'abri des destins hostiles, *fata aspera*, efforcez-vous de réaliser la belle conception qui veut que « l'art de la vie soit de faire de la vie une œuvre d'art. »

Puissiez-vous donner tort à Buffon, qui prétend avec tant de mélancolie que la plupart des hommes meurent de chagrin. Mieux vaut lutter et se soutenir par le travail, à la façon de Titien, dont la robustesse tint un pinceau jusqu'à l'âge

de 99 ans, ce qui a fait dire à Voltaire que « Dieu lui avait donné un acompte sur son immortalité.»

N'ayez pas par conséquent une âme d'hiver, c'est-à-dire des pensées et une tournure d'esprit en rapport avec la température extérieure, avec les tristesses du ciel et l'inimitié des bises. Par un froid intense, on subit une sorte de mainmise glaciale, on se recroqueville sur soi-même, on sent se congeler ses aspirations les plus primesautières. On n'est plus qu'un pauvre corps sans ailes, une chose inerte et passive, une sorte de jouet brisé. Le cerveau en désarroi, vacillant, on voit tout en noir, on s'enferme avec sa souffrance intérieure, qu'on avive encore en s'en occupant de façon excessive.

Pourquoi tant se complaire dans les préoccupations amères, qui glacent le sourire sur les lèvres, et, dans les yeux, éteignent les lueurs d'insouciance ?

Si vous êtes désorienté, comme il ne saurait y avoir d'anxiété inépuisable, au lieu de vous mêler à la cohue des âmes endeuillées, hâtez-vous de mettre un peu de gaieté dans votre vie, d'en vaporiser dans tous les coins, si le destin a oublié d'en mettre une bonne dose au fond de vos méninges. Inutile pour faire diversion de demander du calorique aux crus les plus capiteux, ou de regarder devant vous avec des yeux navrés, comme si vous n'aviez que cette paire et qu'il ne fut pas possible d'en changer. Il sera beaucoup plus simple de vous mettre au ton d'une sensibilité plus saine, de laisser se suggestionner votre volonté défaillante par la volonté ferme d'un voisin, de ne pas vous soustraire à l'apaisement, à l'action bienfaisante d'un ami, d'un parent ou de la femme aimée.

Il sera toujours assez tôt pour abdiquer et se désoler, avec de grands gestes tragiques, sur la tyrannie de l'or, sur l'écrasement des humbles et de ceux qui pensent, par ceux qui disposent de la force brutale ou simplement d'un sac d'écus.

Legouvé a démontré que le pessimisme était un métier de dupe, car c'est l'art de souffrir par avance des maux qu'on n'aura peut-être jamais. Défendez-vous, puisque vous avez des armes précieuses à votre disposition ; se résigner à ses déboires ou en rire, n'est-ce pas les alléger?

C'est ce que fit Renan, cet Anacréon de la sagesse contemporaine, selon une jolie expression de Jules Lemaître, lorsque son optimisme commença à décroître. S'étant aperçu que la réalité était plus dure, la vérité plus inaccessible, le bien plus difficilement réalisable qu'il ne se l'était figuré, il s'efforça de devenir gai, crainte de tomber dans trop de tristesse.

Cela vaut encore mieux que de s'assimiler aux damnés de Michel-Ange, ou de Callot. Ayez la gravité et la dignité qui se développent avec le temps, chez les personnes mûres, pour suppléer à la grâce de la jeunesse, quand celle-ci s'en va ; mais sans rien exagérer. A ceux qui prétendent que « nous achevons de perdre le sens du délicat, que notre esprit se rétrécit à mesure que notre cœur s'endurcit », répondez carrément que la tragi-comédie humaine est la même dans tous les temps, que le décor et les costumes seuls changent un peu : « chaque siècle, dit Theuriet, revoit la même lutte pour la vie, les mêmes folies des gouvernants, les mêmes misères des gouvernés. Quand reviennent périodiquement les jours d'orages, de lassitude ou d'affaissement, ceux qui ont encore le moins droit de se plaindre sont les artistes, les lettrés et tous ceux qui ont une culture supérieure, une flamme de charité au cœur, comme les médecins. Ils peuvent toujours se réfugier en de petits coins silencieux, où il leur est loisible de chanter et de rêver loin de la foule. Qu'importe que les applaudissements du vulgaire aillent aux gens qui crient le plus fort, ou aux cabotins qui jouent le mieux la parade ! La vraie récompense des travaux de l'esprit est dans la joie même qu'ils procurent. Plus la foule devient bruyante et inattentive, plus les lettrés doivent s'abstraire du brouhaha et se concentrer en eux-mêmes. Un bon petit coin, dans une solitude studieuse, voilà le rêve! ».

Je vous souhaite d'avoir des droits à constater que si votre acte de naissance est vieux, vous n'avez rien de commun avec lui, que toutes vos facultés sont intactes, que votre esprit comme votre cœur restent au beau fixe, sans avaries ni lézardes appréciables.

Que vos enfants, dont vous voudriez faire des êtres de choix et de perfection, ne soient pas victimes de l'impéritie juvénile, si prompte à se laisser éblouir par les discours insanes « les fols, plus nombreux que les saiges, marchant au bruit des vaines cymbales. »

Puissent-ils, au contraire, grandir et prospérer, faire partie d'une sélection, d'une élite ; que leur réussite vous console de ce que les pessimistes appellent le mal de vivre, qu'ils représentent le côté souriant et lumineux de votre intérieur, égayé aussi par l'affection d'une compagne sûre, où vous pouvez en toute sécurité vous reposer de l'effort soutenu de votre profession, déposer en quelque sorte le fardeau qui pèse sur vos épaules. Ayez l'universelle curiosité des choses de l'esprit et que rien de ce qui mérite d'être su ne vous soit indifférent !

Oui, chers confrères, et ici je m'adresse aux plus las, aux plus déshérités d'entre nous, je désire que la sérénité et la confiance, qui charment, éclairent et réchauffent, fassent place en 1902 à la misanthropie des théoriciens de la lassitude, de la stagnation, qui n'aperçoivent d'autre issue à cette vie que le suicide par le plaisir, le travail ou l'ennui.

Dites-vous bien qu'il peut encore y avoir du bonheur devant vous.

Raccrochez-vous toujours à une nouvelle espérance, à une raison de vivre et de parfaire la tâche commencée. Enfin, à l'exemple d'Emile Faguet, auquel le compliment qui va suivre fut adressé le jour de sa réception à l'Académie, « après vous être gardé de froisser aucune croyance noble, de contrister aucun sentiment pur, qu'on reconnaisse rien qu'à la façon dont vous parlez du devoir, de la patrie, de la charité, du divin, que de ce côté est votre inclination. »

Dr Grellety (de Vichy).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rapports du Corps médical du Mans avec les Sociétés de Secours mutuels.

Le corps médical du Mans vient de fixer, sous forme d'une réglementation applicable le 1er juil-

let 1901, les règles qui, désormais, devront régir les rapports des médecins aves les Mutualités de la ville.

Le 25 janvier 1901, une réunion générale des médecins du Mans eut lieu, à laquelle assistèrent 20 confrères.

A cette assemblée fut posée la question générale suivante : Devant la situation créée par le développement du mouvement mutualiste au Mans, quelle doit être l'attitude du Corps médical ?

Trois attitudes étaient possibles, qui pouvaient amener trois solutions différentes de la question :

1° Entrer en lutte avec les Mutualités, c'est-à-dire déclarer contre elles la grève du Corps médical ;

2° Ne pas reconnaître les Mutualités et considérer leurs membres comme des clients ordinaires ;

3° S'entendre avec elles pour établir des tarifs convenables.

Le désir d'entente avec les Mutualités réunit la majorité des suffrages.

Dès lors, une Commission fut chargée d'étudier les moyens d'entente et de proposer à une réunion générale une solution de la question des rapports des médecins avec les Mutualités de la ville.

La solution que proposa la Commission d'études fut celle-ci :

I. *Etablir sur des bases nouvelles une réglementation des Rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels.*

II. *Assurer l'existence de cette réglementation nouvelle.*

La réglementation nouvelle adoptée par le Corps médical repose sur les principes suivants :

1° Traitement à la visite et à la consultation ;

2° Suppression des consultations gratuites aux Sociétés de Secours mutuels ;

3° Reconnaissance aux Mutualités du droit de choisir leurs médecins ;

4° Variation du prix des honoraires suivant les Sociétés.

A ce point de vue, le Corps médical crut devoir diviser les Sociétés de Secours mutuels en plusieurs classes. Deux classes lui parurent d'abord bien nettes, entre lesquelles il en admit une troisième, intermédiaire.

Une première classe est celle des Mutualités essentiellement ouvrières, Sociétés pauvres en général. Pour cette classe, s'inspirant de considérations philanthropiques et tenant compte en même temps de ses intérêts matériels, le Corps médical décida d'abaisser les prix des honoraires médicaux au-dessous de ceux généralement appliqués à la classe ouvrière, mais de les maintenir au-dessus de ceux du Bureau de bienfaisance.

Une deuxième classe renferme les Sociétés composées de gens aisés, Sociétés riches en général. Le corps médical ne put qu'applaudir à l'excellente idée de prévoyance qui les a fait naître, mais ne crut point avoir à les secourir. Persuadé qu'en élevant les tarifs généralement appliqués à ces Sociétés, il n'entravait en rien leur vitalité et n'accomplissait contre elles aucun acte d'hostilité, mais défendait seulement ses intérêts professionnels, il décida de leur appliquer le tarif généralement adopté pour la classe moyenne, classe à laquelle appartiennent la plupart des membres de ces Sociétés.

Entre ces deux classes, en réalité très éloignées, il y avait place pour une troisième intermédiaire, composée de Sociétés que l'on ne peut appeler pauvres, mais qui ne jouissent en somme que d'une prospérité très relative. Il fut décidé d'appliquer à ces Sociétés un tarif intermédiaire à celui des deux autres.

Le corps médical, après avoir examiné aussi complètement que possible la situation sociale de la majorité des membres des Sociétés mutualistes, le budget général de ces Sociétés, leur budget spécial médical, leurs recettes, leurs dépenses, en un mot leur vie matérielle, crut pouvoir faire le classement suivant :

1er Groupe. — *Sociétés essentiellement ouvrières.* — Visite simple, 1 fr. ; visite de nuit, 5 fr. ; consultation simple 1 fr ; consultation entre médecins, 5 fr.(par médecin) ; petite chirurgie, moitié du prix minimum du tarif de 1893.

2e Groupe. — *Groupe intermédiaire.* — Visite simple, 2 fr. ; visite de nuit, 5 fr. ; consultation entre médecins, 5 fr. (par médecin) petite chirurgie, prix minimun du tarif de 1893.

3e Groupe. — *Sociétés riches.* — Visite simple, 3 fr. ; visite de nuit, 10 fr. ; consultation simple, 3 fr. ; consultation entre médecins, 10 fr. (par médecin) ; petite chirurgie, prix indiqués à la 3e classe du tarif de 1893.

Ce tarif nouveau est applicable aux seuls membres titulaires ou assimilés des Sociétés de Secours mutuels, sur présentation de leur carte de sociétaire. Le dépôt de cette carte chez le médecin dont on demande la visite dans la journée doit se faire avant huit heures du matin ou tout au moins avant deux heures du soir ;

5° Non admission de patrons nouveaux dans les Sociétés ;

6° Suppression du médecin comme membre honoraire d'une Société qu'il soigne.

La réglementation nouvelle pouvait être menacée par le Corps médical lui-même, ou par les Mutualités : du Corps médical on pouvait craindre l'indifférence, l'oubli, ou les défaillances individuelles ; des Mutualités on avait à redouter le désir intéressé de s'y soustraire. La nécessité s'imposait de créer un moyen capable d'assurer la bonne exécution de cette réglementation. Le Corps médical créa *la Commission de défense des intérêts médicaux du Mans*, formée de cinq membres élus pour deux ans, et composée de MM. Rocher, Legros, Bologni, Hervé et Poix.

Son rôle essentiel est de faire respecter la réglementation nouvelle tant par les médecins que par les Mutualités. Dans ce but, quand les circonstances l'exigent, et après avoir entendu les parties intéressées, elle doit donner son avis sur les questions soumises à son examen, puis, s'il y a lieu, appliquer des sanctions.

Comme conclusion, nous croyons pouvoir dire que le Corps médical du Mans a fait œuvre juste et œuvre utile : œuvre juste en apportant un concours charitable au mutualiste qui le mérite, le mutualiste pauvre ; œuvre utile, en abolissant des abus certains, et surtout en proclamant ce principe, que le médecin, s'il ne demande pas

toujours une suffisante rétribution de ses services, peut exiger au moins dans la Mutualité la place que lui marquent l'importance et la grandeur de son rôle. Il n'était peut-être pas inutile de le rappeler aujourd'hui.

(*Revue médicale de Normandie.*)

N. D. L. R. — Voilà encore une tentative de conciliation dont il nous plairait beaucoup d'avoir à enregistrer d'heureux résultats.

Deux grosses concessions (trop grosses à notre avis) ont été faites par nos confrères.

Reconnaître aux Sociétés le droit de choisir leur médecin et par conséquent refuser ce droit aux sociétaires, c'est toujours consacrer ce monopole qui met un intermédiaire entre le client et nous, pour menacer son indépendance et la nôtre. Jamais nous ne comprendrons cette servilité pour le médecin.

Abaisser jusqu'à 1 fr. le prix de la visite est absolument excessif. Quels sont donc les honoraires de l'assistance dans la Sarthe !

Mais pour prix de ces concessions, nos confrères obtiendront-ils ce qu'ils demandent plus loin : Non admission de nouveaux membres aisés dans les Sociétés ?

Nous ne leur conseillons pas, sur ce point, de compter sur les bonnes dispositions de notre ineffable Conseil supérieur de la Mutualité. Ils n'ont pour toute arme que la persuasion et, dans le milieu mutualiste, son rôle est à la fois éphémère ou limité.

Bon courage quand même à nos confrères du Mans !

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
d'Intérêt professionnel.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

5, rue de Surène. — PARIS.

Exposé de la situation morale et financière de l'Association

Paris, le 15 décembre 1901.

Mon cher Collègue,

Au moment où, par suite des votes émis au cours de notre dernière assemblée générale, l'Association des médecins de France s'engage dans une voie nouvelle, il importe que nul ne puisse se méprendre sur sa situation morale et matérielle, les conditions dans lesquelles elle va fonctionner, et les nouveaux services qu'elle est appelée à rendre.

Le 10 avril 1899, dans la réunion qui suivait la promulgation de la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels, un rapport statutaire avait résumé devant vous (*Annuaire 1899, p. 117*) l'histoire de l'Association générale et montré, par des textes de loi irréfutables, qu'il nous avait été impossible jusqu'alors de modifier les statuts établis par nos devanciers.

Ce rapport examinait ensuite ce que pouvait devenir l'Association sous l'empire de la loi nouvelle.

Après avoir établi qu'elle n'avait jamais cessé d'être et qu'elle devait rester une *Société de secours mutuels approuvée*, j'avais essayé, en commentant les divers articles de la loi nouvelle et la magistrale consultation qui nous avait été donnée par nos conseils judiciaires, de vous démontrer que nos anciens statuts pouvaient être conservés avec de très légères modifications, et qu'il devenait désormais possible, soit de créer, soit d'annexer des caisses de prévoyance destinées à assurer à ceux de nos sociétaires qui consentiraient à verser les cotisations qu'elles exigent, le *droit absolu* à une indemnité en cas de maladie, ou à une pension de retraite garantie.

Le 7 janvier 1900, vous avez accepté les nouveaux statuts de l'Association devenue une Union de Société de secours mutuels. Ces statuts ont été approuvés par un arrêté ministériel en date du 13 février 1900. Ils prévoyaient dans les termes suivants les nouvelles fondations.

Art. 5. Le but de l'Association générale est de........

« Contribuer éventuellement à la création ou au développement de Sociétés indépendantes de l'Association, mais exlusivement recrutées parmi ses membres et qui auraient pour objet une œuvre de prévoyance, telle que l'allocation d'indemmités en cas de maladies, le service de pensions de retraites garanties, etc. »

Conformément à l'opinion si souvent émise par tous ceux qui désirent ardemment l'union confraternelle de toutes les œuvres d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelle, vous avez, le 15 avril 1901, et par un vote unanime, demandé le rattachement à l'Association générale de *l'Association amicale pour l'indemnité maladie* et de la *Caisse des retraites du corps médical français*. Enfin, le 10 novembre dernier, vous avez voté la suppression de la limite d'âge à l'entrée et l'admission comme sociétaires des femmes de médecins, membres de l'Association.

Quelle est dès lors la situation actuelle de l'Association générale ?

Au point de vue matériel, l'examen de sa comptabilité, qui vient d'être fait par notre dévoué Conseil, M. le baron Cerise, démontre que ses ressources sont bien au-dessus de ses charges, et que sa prospérité est assurée pour de longues années encore. Voici, en effet, ce qui résulte de cet examen.

L'avoir de l'Association, à la date du 1er décembre 1901, peut être évalué à 3.524.808 fr. 92. Cet avoir se décompose de la manière suivante :

Caisse de fonds généraux......	99,522 45
Caisse des pensions et allocations	2.030.938 36
Caisse des veuves et orphelins.	129.348 11

Mais il convient d'ajouter à ce total une somme de 115.000 francs, provenant de la vente de Montsoutin (legs Marjolin) et qui a été touchée ces jours derniers par le notaire de l'Association.

Enfin l'avoir des Sociétés unies peut être évalué, d'après les chiffres de l'Annuaire, à 1.150,000 francs.

A cette fortune de trois millions et demi nous devrions ajouter une somme d'environ soixante à quatre-vingts mille francs, qui proviendra, d'ici à la fin de l'exercice, des allocations statutaires et des dons volontaires qui nous arrivent en fin d'exercice par l'entremise des Sociétés locales.

Cette année comme les années précédentes, l'excédent des recettes sur les dépenses sera donc de 70.000 ou 75.000 francs.

Vous me permettrez d'ajouter à cet exposé de

la situation financière actuelle le relevé des sommes déboursées depuis sa fondation par l'Association générale, en vue d'affirmer son rôle au point de vue de l'Assistance confraternelle.

L'Association générale des Médecins de France a alloué à ses membres, sous forme de pensions, secours, subventions aux Sociétés locales et frais de procédure, une somme totale de 2.756.060 39.

Dans ces 10 dernières années ces chiffres se décomposent ainsi :

		moyenne par années
Pensions	501.900	50.190
Secours	637.276 16	63.727 61
Subventions aux Sociétés unies	51.210 »	5.121 »
Frais de procédure	4.552 50	455 25
Total	1.194.938 66	119.493 86

Donc, chaque année depuis dix ans, l'Association donne près de 120.000 francs sous des formes diverses aux œuvres qu'elle a fondées.

Le rapport qui sera fait à la prochaine Assemblée générale par notre dévoué collègue, M. le Trésorier Blache, vous donnera le détail de toutes les dépenses de l'Association. Il vous prouvera ce que je disais en commençant : nos ressources sont au-dessus de nos charges et nous pouvons, en thésaurisant un peu moins, donner un appui sérieux aux œuvres de prévoyance.

Au point de vue administratif, les devoirs que nos anciens statuts imposaient à l'Association générale envers les déshérités de la profession, restent les mêmes.

La Caisse des pensions viagères d'assistance et la Caisse des veuves et orphelins continueront à fonctionner comme par le passé. Des secours temporaires votés par les Sociétés locales et augmentés au besoin des subventions fournies par la Caisse des fonds généraux, continueront à être accordés à tous ceux qui en auront besoin. Des pensions viagères d'assistance au taux annuel de 800 francs ou même de 1000 francs, seront votées en Assemblée générale à tous les médecins qui en feront la demande et qui rempliront les conditions fixées par l'article 32 de nos statuts.

La Caisse des veuves et orphelins, de plus en plus riche, grâce aux dons qu'elle ne pourra manquer de recevoir, allègera la charge imposée jusqu'à ce jour aux Société unies, en augmentant le taux des allocations qu'elles auront votées.

Enfin, et c'est là une mesure statutaire nouvelle, qui rétablit ce qui avait été fait aux premiers âges de l'Association (*Rapport de M. Brouardel, ann. 1875, p. 53*), l'article 51 de nos statuts prévoit que la Caisse des veuves et orphelins pourra exceptionnellement contribuer aux frais que nécessiteront les études des orphelins de sociétaires (bourses d'études, droits d'examens, etc.) et assurer ainsi l'existence des pupilles de l'Association.

Notre rôle au point de vue de l'Assistance confraternelle restera donc ce qu'il doit être, ce qu'avaient prévu et souhaité les fondateurs et les bienfaiteurs de l'Association.

Au point de vue de la défense des intérêts professionnels, nous continuerons, comme par le passé, à mettre au service des intérêts de tous nos sociétaires le dévouement et l'autorité de notre commission permanente chargée de l'examen des affaires judiciaires et administratives,

Mais l'approbation de nos statuts nouveaux nous permet de faire davantage et l'annexion de deux Caisses de prévoyance donne aujourd'hui aux membres de l'Association la possibilité d'acquérir par le versement de cotisations fixées à l'avance, *le droit* à une indemnité en cas de maladie ou à une pension de retraite garantie.

Sans doute, les Caisses de prévoyance qui viennent de s'unir à nous conserveront leur autonomie, leur administration et la gestion de leurs finances. L'Association générale, ne pouvant et ne voulant accepter à cet égard aucune responsabilité d'aucune nature, ne prétend imposer à ses sociétaires aucune obligation nouvelle.

Mais elle recommande instamment, à tous ceux qui ont quelque souci de l'avenir et qui peuvent économiser les cotisations exigées par *l'Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie* ou par la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, de s'inscrire à ces sociétés dont tous les membres devront désormais faire partie de l'Association et qui compteront, dans leur Conseil d'administration, un délégué de notre Conseil général.

L'acte de prévoyance accompli par le médecin qui aura versé les cotisations exigées par les caisses annexées à l'association générale devra donc être encouragé. Et, le jour où ce médecin se trouvera dans l'impossibilité de payer sa cotisation, il n'est point douteux que la caisse des fonds généraux de l'Association ne consente à lui venir en aide, dans la mesure de ses ressources disponibles, afin de lui permettre de ne pas être exclu et de continuer à jouir des droits acquis par le versement de ses cotisations antérieures. Il est non moins probable que l'appui de l'Association accroîtra la prospérité des caisses de prévoyance et leur rendra ainsi possible l'abaissement progressif du taux des cotisations imposées à leurs membres.

Enfin les pensions de retraite garanties et les indemnités en cas de maladie accordées à leurs sociétaires par les caisses qui ont accepté le patronage de l'Association pourront toujours être cumulées avec les pensions viagères d'assistance ou les allocations votées par l'Assemblée générale à ceux de ses membres qui, par suite de malheurs immérités, auront droit à l'assistance confraternelle.

En résumé donc, mon cher collègue, le Conseil général de l'Association me demande de vous répéter ce que vous disait mon rapport de l'année dernière. L'Association, fondée en vue d'éteindre le paupérisme médical et de donner aide et assistance à tous ses sociétaires, se croit en mesure aujourd'hui de répondre aux vœux exprimés par tous les membres de notre profession. Elle vous permet de choisir entre les œuvres d'assistance qu'elle continuera à faire progresser et les œuvres de prévoyance qu'elle patronne et qu'elle vous recommande.

Une cotisation annuelle de 12 francs donnera à tous les membres de l'Association le droit à l'assistance confraternelle pour eux-mêmes durant leur vie, pour les veuves et les orphelins après leur mort. Le versement de cotisations dont le taux, déjà inférieur à celui qu'exigent les Com-

pagnies d'assurances, ira sans doute en diminuant progressivement, leur donnera le droit absolu à une indemnité en cas de maladie ou à une pension de retraite garantie.

Le Conseil général espère donc que nul ne songera plus désormais à nous accuser d'indifférence pour ceux qui luttent, pour ceux qui souffrent. Tous les médecins comprendront que, si nous voulons continuer à respecter la dignité de l'infortune, nous tenons aussi à assurer la juste rémunération du travail et de l'épargne.

Aujourd'hui nous vous offrons et vous pouvez choisir à votre gré toutes les formes de la prévoyance et de l'assistance.

Laissez-nous donc espérer que vous vous joindrez à nous pour assurer, par un recrutement plus actif de membres nouveaux, la prospérité d'une Association qui ne peut vivre que par la convergence des efforts et l'union de toutes les bonnes volontés..

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

L. Lereboullet,
Secrétaire-général.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les honoraires au chirurgien d'hôpital pour soins aux non indigents.

Tribunal de paix de Montaigu (Vendée).
30 novembre 1901.

Nous, juge de paix, parties entendues, statuant par jugement contradictoire en dernier ressort :

Vu la citation introductive d'instance du ministère de Rochefort, huissier à Montaigu, en date du vingt-cinq novembre courant, enregistrée, les articles quatre et quinze de la loi du 9 avril 1898 ; ouï le demandeur et le mandataire régulier du défendeur dans leurs observations et conclusions ;

Attendu qu'il résulte des débats qu'à la date du onze juillet mil neuf cent le nommé Gauthier, ouvrier couvreur au service du défendeur, a été victime à Montaigu, d'un très grave accident qui a motivé son transport à l'hospice hôpital de Montaigu, que le défendeur lui-même est allé réquérir le docteur Gouin à l'effet de donner à son ouvrier blessé les soins nécessaires ; que ces soins ont comporté des opérations chirurgicales qui ont nécessité le séjour de Gauthier à l'hospice pendant quatre-vingts jours ; que le docteur Gouin a dû en outre fournir sur l'état de santé du blessé plusieurs certificats ; que le dit docteur Gouin réclame pour ses soins, certificats et opérations une somme de cent-vingt francs ;

Attendu que le défendeur conclut au fond à notre incompétence. Statuant au préalable sur ce point :

Attendu que l'article quinze de la loi du 9 avril 1898 décide que toutes les contestations ayant pour objet les frais médicaux doivent être portées devant le juge de Paix, et jugé par lui en dernier ressort ;

Nous déclarons compétent ;

Et statuant au fond ;

Attendu que s'il est vrai que le docteur Gouin reçoit de l'hospice une somme annuelle de deux cents francs, il n'en est pas moins certain que cette allocation ne s'applique qu'aux indigents admis à l'Hospice et nullement aux ouvriers blessés en travaillant pour le compte de patrons, gens aisés auxquels le tarif des indigents ne saurait s'appliquer.

Attendu que la somme versée par Vignon à l'hospice de Montaigu pour frais de séjour et d'entretien de son ouvrier blessé et qui s'élève à la somme de deux cent quarante quatre francs quatre-vingt dix centimes pour quatre vingts-jours de traitement, ne saurait évidemment comprendre les honoraires dus à l'homme de l'art pour des opérations chirurgicales importantes ;

Attendu au surplus que la demande du docteur Gouin nous paraît très modérée dans son chiffre et qu'il y a lieu de l'accueillir ;

Par ces motifs :

Condamnons Vignon à payer au Docteur Gouin la somme de cent vingt francs pour les motifs énoncés dans la citation qui précède.

Le condamnons en outre aux frais et dépens.

Le Greffier.
Signé : Guicheteau.

Tribunal de paix de Locminé (Morbihan).

13 septembre 1901

Attendu qu'aux termes des règlements de l'hôpital civil de Pontivy, il résulte que les médecins de cet hôpital n'ont droit à aucune rétribution lorsqu'ils donnent des soins à des indigents de la commune ou inscrits à l'Assistance médicale gratuite ;

Qu'hors ces deux cas les malades doivent payer l'Hôpital et, en plus, les honoraires du médecin ou du chirurgien ;

Considérant que le défendeur n'est pas compris dans les catégories spécifiées ci-dessus, qu'au contraire il se trouve dans une situation aisée ;

Considérant également que le sieur Dolo, savait pertinemment qu'il avait des honoraires à payer au docteur Le Fur ;

Attendu qu'il en avait été averti et fait preuve aujourd'hui de mauvaise foi en s'obstinant à ne vouloir rien payer au dit docteur Le Fur ; ses prétentions sont-elles aussi inadmissibles ;

La demande du docteur Le Fur nous semble parfaitement fondée et nullement exagérée vu l'opération très délicate faite au fils Dolo et qui a nécessité des soins assez longs et très assidus.

Par ces motifs :

Nous juge de Paix sus dit et soussigné, statuant par jugement contradictoire et en premier ressort condamnons le sieur Dolo à payer au docteur Le Fur la somme de deux cents francs pour soins médicaux donnés à son fils ; le condamnons en outre aux dépens, liquidés à la somme de dix francs vingt centimes non compris le coût du présent jugement son extrait et sa notification s'il y a lieu.

N. D. L. R. — Eh bien, chers confrères, ne trouvez-vous pas que le *Sou médical* fait faire de la besogne par ses vaillants Sociétaires.

Décidément les juges de Paix ont plus souci de l'équité que les cours : nous leur en faisons notre compliment.

REPORTAGE MÉDICAL

Loi réprimant les fraudes dans les examens et concours publics. — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat, constitue un délit.

Art. 2. — Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonne-

ment de un mois à trois ans et à une amende de 100 fr. à 10,000 fr. ou à l'une de ces peines seulement.

Art. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

Art. 4. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

Art. 5. — L'action publique ne fait pas obstacle à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

« Encore l'*Officiel* » vont dire nos lecteurs. — Eh oui, chers confrères, on ne s'occupe que de nous au Parlement. Nos élus se sont peut-être souvenus que les concours d'internat et d'externat battent leur plein, et que les incidents des années dernières ont fait couler beaucoup d'encre. C'est sans doute pour cela qu'ils y sont allés de la petite loi ci-dessus.

Récompenses académiques. — Parmi les prix décernés par l'Académie de médecine dans sa séance du 17 décembre dernier, nous sommes heureux de relever les noms des *membres du Concours* suivants :

Prix Capuron. — Prix décerné à M. le Docteur Larrieu, de Montfort-l'Amaury (S.-et.-O.)

Prix Chevillon. — 500 fr. à M. le Docteur Legrain, de Bougie.

Prix Desportes. — Mention honorable à M. le Docteur Pujade, d'Amélie-les-Bains.

Prix Hugo. — Mention honorable à M. le Docteur Coquerelle, de Beauvais.

Prix Vernois. — Mention honorable à M. le Docteur Sersiron, de Paris.

Service des eaux minérales. — Médaille d'argent à M. le Docteur Nicolas, du Mont-Dore.

Rappels de médailles d'argent à MM. les Docteurs Barbaud, de Paris et Duhourcau, de Cauterets.

Médaille de bronze à MM. les Docteurs Deléage, de Vichy et Leriche, d'Eaux-Bonnes.

Service des épidémies. — Rappel de médaille d'or à M. le Docteur Manouvriez, de Valenciennes.

Rappel de médaille de vermeil à M. le Docteur Boquin, d'Autun.

Rappels de médailles d'argent à MM. les Docteurs Bauzon, de Châlon-sur-Saône ; Courtade, d'Outarville ; Gorez, de Lille.

Médailles de bronze à MM. les Docteurs Colin, de Quimper ; Féa, de Saint-Cyr au Mont-d'Or ; Tétau, de Gesté.

Rappels de médailles de bronze à MM. les Docteurs Caron, de Dieppe, et Marquezy, de Neufchâtel-en-Bray.

Service de l'hygiène de l'enfance. — Médailles de vermeil à MM. les Docteurs Chavanon, de la Rochelle ; Courtade, d'Outarville ; Pecker, de Saint-Germain-en-Laye.

Rappel de médaille de vermeil à M. le docteur Bouju, d'Orléans.

Service de la vaccine. — Médailles de vermeil à MM. les docteurs Courtade, d'Outarville ; Dietrich, de Besançon ; Martin, de Paris ; Petithot, du Conquet.

Rappels de médailles de vermeil à MM. les docteurs Trolard, d'Alger et de Welling, de Rouen.

Médailles d'argent à MM. les docteurs Abrial, du Puy ; Archambault, de Paris ; Caron, du Havre ; Degrave, de Lagrasse; Ertzbischoff, de Paris ; Giustiniani, d'Ajaccio ; Jomard, de Beaujeu ; Masbrenier, de Melun ; Masson, de Chambéry ; Odin, de Saint-Galmier ; Palhier, de Monistrol-sur-Loire ; Pitre, de Craponne ; Therre, de Vichy ; Valude, de Vierzon.

Rappels de médailles d'argent à MM. les Docteurs Bauzon, de Châlon-sur-Saône ; Bichon, de Blain ; Breucq, de Bayonne ; Colin, de Quimper ; Courteneuve, de Saint-Claud ; Dubousquet, de Saint-Ouen ; Durand, d'Arcueil-Cachan ; Gaillardon, d'Aubeterre ; Gouez, de Plougastel-Daoulas ; Lamy, de Larochefoucauld ; Le Gad, du Havre ; Martin, d'Aubenas ; Michel, de Cavaillon ; Pascalis, de Paris ; Quéré, de Callac.

Médailles de bronze à MM. les Docteurs Despeignes, des Echelles ; Kaplan, de Janville ; Magnan, de Die ; Pellote, d'Epernay.

Jubilé du Professeur Lannelongue. — Nous l'avions annoncé dernièrement : il a eu lieu le 23 décembre, et dans un banquet où figuraient les plus hautes personnalités officielles, la plaquette gravée par Chaplain a été remise à l'ancien Président du Congrès international de médecine et de l'Association générale des médecins de France. Toasts de MM. Fallières, président du Sénat, Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Marey (de l'Institut) Dr L. Labbé, sénateur, Drs Comby, Walther, Achard, Ménard (de Berck) Dufour (de Valmont), Janicot (du *Bulletin médical*). Réponse émue du Prof. Lannelongue dont voici les dernières phrases.

« Nul ne saurait méconnaître aujourd'hui la part « de solidarité et de justice qui revient à chacun « dans la destinée humaine. C'est la conséquence « obligatoire de l'inégale répartition des dons ma- « tériels et moraux acquis par l'initiative propre, « reçus par héritage ou par hérédité.

« Or, il se trouve que j'ai été des plus favorisés et « plus que comblé en toutes choses. — Au dedans, « j'ai senti le bonheur et goûté la paix la plus douce. « — Du dehors j'ai trop reçu. Les gains que j'ai » réalisés sont très gros et je n'ai que peu donné. « Ma dette sociale est donc infiniment étendue. « Aussi mon reste d'existence ne saurait-il avoir « qu'un but : chercher à m'acquitter, en ne faisant « que le bien, et autant de bien que je pourrai » (Applaudissements.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4757. — M. le docteur Bosc, de Guignes (Seine-et-Marne), présenté par M. le docteur Pottier, de Chaumes.

N° 4758. — M. le docteur Voisin, de Sérifontaine (Oise), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de l'Oise, présenté par M. le docteur Jagu de Gisors.

N° 4759. — M. le docteur Mathieu, de Die (Drôme), membre de l'Association des médecins de la Drôme et de l'Ardèche.

N° 4760. — M. le docteur Bruneau, d'Ouzouer-le-Vougis (Seine-et-Marne), présenté par MM. les docteurs Cantin et Rossignol.

N° 4761. — M. le docteur Roux, de St-Gervais-les-Bains (Hte-Savoie), présenté par M. le docteur Bondet, de Champagne-en-Valromay (Ain).

N° 4762. — M. le docteur Héritier, de Belley (Ain), présenté par M. le docteur Saint-Pierre, de Nantua, et membre de l'Association Amicale des médecins de l'Ain.

N° 4763. — M. le docteur Gouzy, de Prades (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 4764. — M. le docteur Charlier, de Paris, membre du Syndicat des médecins de la Seine et membre de la Société médicale du XVIIe arrondissement.

N° 4765. — M. le docteur Panné, de Nevers (Nièvre) membre de l'Association et du Syndicat de la Nièvre.

N° 4766. — M. le docteur Michel, de Mourmelon-le-Grand (Marne), membre de l'Association Générale des médecins de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Maquart, de Braux (Ardennes) et Devernoy, de Brioude (Hte-Loire).

Le Directeur-Gérant : Dr H. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 2 11 JANVIER 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles, Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

Société civile du Concours Médical.

Séance du 26 décembre 1901.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, H. Cézilly.

Excusé : M. le Dr A. Cézilly.

Le Conseil examine d'abord l'état des questions agitées à l'Assemblée générale.

1° *Loi sur la pharmacie.* — Le recul qu'elle a subi à l'ordre du jour du Parlement paraît devoir en retarder la discussion.

2° *Loi Roussel.* —Elle est livrée à l'étude d'une Commission très favorable du Sénat, et le président de cette Commission a publiquement manifesté le désir d'aboutir rapidement.

3° *Loi sur la santé publique.* — Elle sera sans nul doute promulguée à bref délai telle qu'elle fut rédigée par le Sénat. Mais comme elle ne sera applicable qu'après plusieurs règlements d'administration publique, c'est pendant la rédaction de ceux-ci que les médecins pourront faire valoir leurs observations, que le Conseil de Direction serait heureux d'enregistrer dès maintenant au journal.

4° *Honoraires au chirurgien d'hôpital pour malades payants et victimes du travail.* — La Direction de l'assistance au Ministère de l'Intérieur, se disant l'écho du Conseil supérieur de l'Assistance, estime que si on accordait aux chirurgiens le droit de réclamer directement des honoraires aux payants ou aux responsables, il serait à craindre que ces chirurgiens ne vinssent à transformer l'hôpital en maisons de santé. Ce sentiment, très flatteur à notre égard, la conduit à réclamer des précautions non contre les exploiteurs de l'Assistance, mais contre nous. Elle reconnaît que nous avons la ressource de traiter avec les Commissions, qui majoreraient (comment et de combien ?) le prix de journée des payants.

Le Conseil étudiera le moyen de faire préciser cette formule si vague et poursuivra près du Sénat l'adoption d'un nouvel article 4 de la loi accidents.

5° *Transformation des Syndicats médicaux.* — Le Conseil décide qu'il publiera, prochainement, les documents qu'il a demandés à cet effet aux Syndicats de Versailles et de l'Oise.

6° *Propagande pour le Concours et ses œuvres.* — Afin de donner satisfaction à la proposition Mangenot, le Conseil a fait servir à tous les médecins de Paris les cinq derniers numéros du journal qui contenaient les procès-verbaux des Assemblées générales, et il décide de tenir tous les statuts à la disposition des membres ou des Bureaux des Sociétés d'arrondissement qui en feront la demande.

Le Conseil passe ensuite à l'examen de la correspondance.

Agrandissement du Journal. — A la faveur de la transformation du Journal récemment accomplie, le Conseil décide :

1° Qu'il donnera le plus de place possible à la publication des actes et comptes rendus de nos grandes Sociétés d'intérêt professionnel, Association générale et ses Caisses, Sou médical, Syndicats et Sociétés locales, Concours médical ;

2° Qu'il développera de toutes ses forces la propagande permanente en leur faveur et dans chaque numéro ;

3° Qu'il consacrera une partie de la publicité nouvelle aux membres du Concours qu'il a encouragés à créer des établissements médicaux spéciaux pour la cure de certaines maladies,

qu'il insistera près des lecteurs pour leur faire choisir ces établissements, et abaissera de moitié (pour eux seuls) le prix de la publicité;

4° Qu'il multipliera le plus possible l'envoi des numéros d'essai du Journal, seul moyen d'agir sur l'esprit des médecins qui ne connaissent pas nos œuvres ou se tiennent en dehors d'elles ;

5° Qu'il fera le meilleur accueil à toute idée suggérée par les lecteurs pour développer, sous tous rapports, la puissance de cet organe, le journal, qui est la clef de notre édifice de solidarité professionnelle.

SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 26 décembre 1901.

Présents : MM. Maurat, Gatineau, Gassot, Jeanne, H. Cézilly, de Grissac.

Excusés : MM. Le Gendre, Lepage, Bazot, Rousseau.

M. le Président prie le Trésorier de soumettre la liste des nombreuses demandes d'adhésion. Le Conseil prononce les admissions suivantes :

Nouveaux adhérents.

MM.

647. Beuve, Dammartin (Seine-et-Marne.)
648. Delcroix, Paris, 31, faubourg Montmartre.
649. Deschamps, Périgueux (Dordogne.)
650. Chavanas, Bordeaux, 45, cours Tourny.
651. Pontet, Rives (Isère.)
652. Renaudin, Pogny (Marne.)
653. Darène, Viarmes (Seine-et-Oise.)
654. Hémet, Chambly (Oise.)
655. Plantier, Annonay (Ardèche.)
656. Herlemont, Caudry (Nord.)
657. Chamoin, Paris, 40, rue de la Bienfaisance.
658. Boquin, Autun (Saône-et-Loire.)
659. Roux, Saint-Saturnin-les-Avignon (Vaucluse).
660. Lardeux, Marines (Seine-et-Oise.)
661. César, Culoz (Ain.)
662. Baronnet, Paris, 119, rue de Grenelle.
663. Raffegeau, Le Vésinet (Seine-et-Oise.)
664. Ranglaret, Moulins (Allier.)
665. Trognon, Paris, 75 bis, avenue de Wagram.
666. Sebileau, agrégé, Paris, 56, rue de Londres.
667. Tétau, Gesté (Maine-et-Loire.)
668. Gires, Paris, 4, rue de Rome.
669. Palle, Paris, 61, Boulevard des Batignolles.
670. Berne, Paris, 161, boulevard Haussmann.
671. Choppin, Paris, 24, rue de Lisbonne.
672. Mathieu, Morienval (Oise.)
673. Deperet-Muret, Paris, 9, rue Bleue.
674. Viple, Ebreuil (Allier.)
675. Boudin, Oyonnax (Ain.)
676. Delbecque, Brüs-sous-Forges (Seine-et-Oise.)
677. Dunac, Foix (Ariège.)
678. Signeux, Pithiviers (Loiret.)
679. Crouslé, Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise.)
680. Gannat, Vichy (Allier.)
681. Bosc, Guignes (Seine-et-Marne.)
682. Pottier, Chaumes (Seine-et-Marne.)
683. Bruneau, Ozouer-le-Voulgis (Seine-et-Marne.)
684. Rossignol, Mormant (Seine-et-Marne.)
685. Darragon, Ourville (Seine-Inférieure.)
686. Paillé, Arcachon (Gironde.)
687. Peyre, Bordeaux, 71, cours du Jardin Public.
688. Pétriaux, Gespunsart (Ardennes.)
689. Laurent, Paris, 20, Boulev. Richard-Lenoir.
690. Maze, Le Havre, 11, rue Diderot.
691. Costes, Montataire (Oise.)
692. Balanda, Prades (Pyrénées-Orientales.)
693. Chenouard, Herbault (Loir-et-Cher.)
694. Ronsin, Paramé (Ille-et-Vilaine.)
695. Voisin, Sérifontaine (Oise.)
696. Noël, Paris, 94, boulevard Malesherbes.
697. Charlier, Paris, 100, rue d'Amsterdam.
698. Bougon, Boissey-le-Chatel (Eure).
699. Teysseyré, Villeneuve-la-Comtesse (Charente-Inférieure.)
700. Millet, Caderousse (Vaucluse.)
701. Coumet, Briare (Loiret.)
702. Angelby, La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne.)
703. Bertrand, Saint-Loup (Haute-Saône.)
704. Cailleux, Crépy-en-Valois (Oise.)
705. Carcy, Vignory (Haute-Marne.)
706. Allary, Leucate (Aude.)
707. Panné, Nevers (Nièvre.)
708. Odin, Saint-Galmier (Loire.)
709. Argueyrolles, Parc Saint-Maur (Seine.)
710. Ladevèze, Saint-Etienne, 4, rue Gambetta.
711. Ravet, Morestel (Isère.)
712. Breucq, Bayonne (Basses-Pyrénées.)
713. Beaudier, Attigny (Ardennes.)
714. Volpert, Stenay (Meuse.)

M. le Président. Il semble bien, Messieurs, que, cette fois-ci, les adhésions nous sont venues en nombre si imposant que nous n'avons plus à douter de la bonne appréciation de nos services.

Il en sera de même à chaque trimestre quand on cessera de fermer volontairement les yeux.

La parole est au Secrétaire général. Suivant l'habitude, nous prierons Me Gatineau et chacun d'entre vous de donner son avis et de présenter ses observations à mesure que chaque litige nous a été exposé.

M. le Dr Jeanne. Si long qu'ait été le rapport de l'assemblée générale et si consciencieusement que M. le Dr H. Cézilly vous ait soumis notre bilan annuel, nous avions omis d'y signaler l'issue favorable de trois affaires où nous tenions à faire préciser quelques chiffres.

L'une était un refus de payement d'honoraires (Dr H. 557) d'un client qui accusait bien à tort son médecin de n'avoir pas vu qu'un cas de rhumatisme articulaire n'était qu'une manifestation scarlatineuse plus tard démontrée par l'éruption. Inutile de dire que la malveillance d'un confrère (!) avait été le point de départ de l'accusation. Nous avons conseillé la fermeté dans la revendication jusqu'à la poursuite judiciaire s'il le fallait, en recommandant de faire citer comme témoin le confrère cause de l'agression. Il y a eu capitulation complète du client.

Dans la 2e, il s'agissait d'une note pour soins donnés à une dame séparée de son mari. Ce dernier refusait de payer. Notre Sociétaire réclamait 2.000 fr. en brandissant une consultation de Me Gatineau : il a transigé à 1850 fr. pour s'éviter les ennuis d'une procédure. (Dr L. n° 58).

La troisième (Dr D.. 484) s'est terminée par l'acquiescement complet du client quand il a vu que le tribunal allait être saisi, et que, derrière le médecin isolé, il y avait une Caisse et un Conseil autorisé.

Laissant maintenant de côté ce supplément au chapitre de nos succès passés, nous abordons les affaires nouvelles et l'examen de celles qui sont en cours.

Affaires diverses.

Notre trésorier a versé les provisions nécessaires pour aller en cassation dans les deux questions qui furent soumises à l'Assemblée générale. Il convient de s'entendre avec les Sociétaires intéressés pour liquider les frais faits jusqu'à cette heure.

(*Le Conseil décide*: 1° *qu'ayant déjà payé* 2200 *fr. pour le litige soulevé par le Dr V, il réserve sa décision en ce qui concerne les frais exposés devant le tribunal et la cour jusqu'après la décision de la cour de cassation, y compris les honoraires de l'avocat qu'il a déjà remboursés ;*

2° *Qu'un règlement de comptes sera fait avec les deux Syndicats qui ont été ou sont soutenus dans la question désormais éteinte de la* Fraternelle médicale et pharmaceutique, *et dans celle de la connexité de profession entre pharmaciens et médecins.*)

— Il a été adressé provision également pour l'appel de M. le Dr R. n° 143, contre la Compagnie F., et de même pour l'avocat de M. le Dr S. dans son litige de cession de clientèle. (*Le comité décide qu'il y a lieu de laisser à l'intéressé le soin de préparer l'enquête ordonnée par le tribunal*).

— Notre Conseil judiciaire a bien voulu se charger de nous guider dans les détails d'une initiative de conciliation qu'il y a lieu de prendre entre deux de nos Sociétaires, à propos d'un autre désaccord survenu à l'occasion d'une cession de clientèle. (*Le Conseil remercie Me Gatineau et prie M. le Dr H. Cézilly d'effectuer les premières démarches indiquées.*)

— J'arrive à deux affaires d'ordre différent qui ont été suivies à peu près exclusivement par Me Gatineau. L'une a trait à une demande de dommages-intérêts contre un maire, président d'une Commission hospitalière, qui a abusivement mis fin à un contrat qui liait l'administration avec un médecin d'hôpital pour un service annexe ; l'autre apparaît comme un acte diffamatoire, commis par la famille d'un client à l'égard d'un de nos Sociétaires appelé à donner les premiers soins à un blessé dans une pharmacie, en attendant son transport à l'hôpital. (Après avoir entendu toutes explications le Conseil décide : 1° que, dans cette dernière, il appuiera M. le Dr B. (n° 549) guidé par Me Gatineau : 2° que, dans l'autre, il ne peut qu'adresser à M. le Dr J. (581), la consultation si mûrement étudiée dont il vient de lui être donné lecture et dont les conclusions lui paraissent s'imposer.

— M. le Dr J., engagé dans une procédure que nous avons connue contre son propriétaire, qui lui a porté préjudice par un acte malveillant, demande qu'il lui soit avancé une somme de 500 fr. pour quelques mois, expliquant comme quoi sa cause peut gagner à ce que ce versement ait été effectué dès aujourd'hui. Le Comité décide qu'il y a lieu de continuer nos bons offices à M. le Dr J. dans les conditions qui ont été précédemment arrêtées et d'attendre l'issue du procès pour examiner ce que nous pouvons faire de plus pour notre confrère. (*Adopté.*)

— M. le Dr G. (680) nous a fait tenir le prospectus réclame d'une sage-femme qui vient d'ouvrir dans un centre important, une herboristerie quelque peu agrémentée de pratiques de massage, de poses de ventouses, etc.. et où l'on donne des consultations pour femmes et enfants, sans dire que celles-ci ne sont pas fournies par un médecin. « Y a-t-il là un exercice illégal affiché, demande notre confrère ? ». C'est l'avis du Conseil qui déclare qu'il appartient au Parquet de ramener dans le bon chemin cette sage-femme, spécialiste en tous genres, douée d'une si débordante activité qu'elle croit pouvoir y donner cours sans la moindre compétence.

— Comme d'usage, nous avons eu à répondre à bon nombre de questions dans les séances de la Commission permanente du jeudi.

On nous a demandé, par exemple, quel était le tarif de procédure à appliquer dans nos fonctions d'expert relatives à la loi de 1898. Il n'est pas certain que ce point soit fixé, mais puisque le Ministère a paru assimiler nos certificats aux rapports médico-légaux en procédure criminelle, nous avons recommandé à MM. les Drs Terille et de Grissac de dresser leurs mémoires d'après les tarifs de 1811 et 1893. M. le Dr de Grissac nous a informés qu'il avait ainsi obtenu satisfaction.

— M. D..., récemment inscrit parmi nous, avait dans sa résidence un pharmacien qui ne lui inspirait aucune confiance. Pour ces motifs de protection nécessaire de la santé de ses clients, M. D.. s'était vu obligé de recommander à ceux-ci de s'adresser à telles ou telles autres officines du voisinage. Mais le pharmacien lésé a porté plainte en détournement de clientèle. Nous avons cru pouvoir rassurer notre confrère en lui affirmant que si ses mobiles ont été aussi purs qu'il nous le dit, nous le considérons comme à peu près invulnérable, parce que témoignages et débats, dans ces conditions, condamneront fatalement son adversaire, et légitimeront la précaution prise par le médecin. Cette opinion est d'ailleurs celle que MM. Legendre et Lepage ont donnée dans leurs Conférences qui viennent d'être publiées sous le titre : *Le médecin dans la Société contemporaine*. Nous resterons à la disposition de ce confrère, si vous partagez notre avis, pour l'aider à faire triompher cette thèse.

— M. le Dr G., n° 513, se voit causer un grave préjudice par une matrone qui ne tient aucun compte de ses avertissements, et il demande conseil pour une action à intenter contre cette femme. Nous nous sommes mis en rapport avec le Secrétaire du Syndicat régional dont la prudence est bien connue de nous, et qui se tient à notre disposition pour une action commune. Nous nous proposons de promettre l'appui du *Sou médical* après que nous aurons donné à notre Sociétaire et au Syndicat, toutes indications nécessaires pour constituer le dossier et engager la procédure, et nous n'oublierons pas combien les tribunaux sont généralement mal disposés à faire respecter nos droits dans ce genre de revendications.

— Je ne parle ici que pour mémoire de la consciencieuse étude qui nous fut soumise à la séance extraordinaire de novembre par M. le Dr L., au sujet de l'arbitrage R.-C. dont vous avez accepté les conclusions si franchement confraternelles. Nous avons donné à votre décision la suite qu'elle comportait et nous croyons qu'elle a été, en définitive, acceptée par les intéressés avec le sentiment qu'elle constitue la seule solution opportune d'un litige né d'une cause un peu futile.

Contestations d'honoraires.

M. le Dr R., n° 339, nous a soumis un différend relatif à un recouvrement d'honoraires. Le client réclame le détail de la note : le confrère hésite en arguant du secret professionnel. Nous croyons avoir démontré à notre sociétaire qu'il pouvait donner satisfaction à un désir légitime sans compromettre le secret, et ainsi tomberait tout prétexte à litige, car ses chiffres sont très modérés.

—M. le Dr G., n° 206, s'est heurté à une résistance en voulant faire payer à un fonctionnaire les soins donnés à la mère de celui-ci. Le fils contestant, sans bases précises, le chiffre des visites. Notre sociétaire riposta par une lettre aigre-douce qui provoqua une réponse inconvenante. Nous avons affirmé le bien fondé de la réclamation de notre confrère : tout s'est arrangé.

— C'est encore un cas analogue aux précédents que nous a soumis M. le Dr A., n° 528. Nous lui avons montré qu'il ne devait pas refuser de détailler sa note et que la communication de son livre pouvait être faite en sauvegardant le secret professionnel.

— Nous avons conseillé l'action judiciaire à M. le Dr P., n° 596, contre un client aisé qui, sans autre motif apparent que l'esprit de marchandage, ne veut payer que les deux tiers d'un honoraire très raisonnable et qui n'hésite pas à verser à des chirurgiens des hôpitaux les sommes qu'ils lui réclament et qui sont beaucoup plus importantes. Ces choses-là se présentent tous les jours : le Sou médical doit réagir en faveur du praticien modeste et dévoué dont le public croit pouvoir abuser parce qu'il le juge sans défense ; nous sommes bien là dans notre programme.

— M. le Dr L., n° 642, ayant dû, par nécessité, soumettre une malade à un traitement exclusivement hypodermique, a été conduit à présenter en fin de compte une note d'honoraires où les visites sont très nombreuses, parce que tous les soins ont été donnés par le médecin lui-même. Le client contestant aujourd'hui la nécessité de toutes ses visites, nous avons conseillé à M. le Dr L., de se faire couvrir par l'autorité d'une consultation émanant du médecin légiste le plus distingué de la région, parce que nous ne trouvions ici personne qui fût à même d'appliquer à l'espèce visée des conclusions tirées du principe de la méthode hypodermique en général.

— A M. le Dr P., n° 185, qui comptait 20 fr. pour chaque visite faite dans une maladie légère à un châtelain résidant à 2 kilomètres du médecin, nous avons répondu qu'il y avait lieu d'accepter le chiffre de 10 fr. qui lui était offert. C'est le chiffre inscrit au tarif Jeanne : nous croyons que les tribunaux le déclareront suffisant et qu'il ne serait légitimement majoré que si des circonstances de gravité de la maladie étaient intervenues pour augmenter l'importance du service rendu.

— Comme toujours, au nombre des clients récalcitrants, nous trouvons en belle place les collectivités parasites du médecin. Mais quand elles aperçoivent la lettre du *Sou médical* qui conseille les poursuites, il est fréquent de les voir perdre leur allure belliqueuse.

Exemples : « Cette fois encore, écrit M. le Dr G., n° 218, l'agent n'a pas eu plus tôt entendu parler des grands moyens qu'il s'est exécuté intégralement. Il n'y a pas d'autre moyen à employer que celui que vous conseillez toujours imperturbablement. »

— « Vous rappelez-vous, écrit M. le Dr R., n° 551, comment sur vos indications j'ai fait condamner il y a six mois la Compagnie l'A ? Vous rappelez-vous qu'il y a un mois vous m'avez encore guidé pour recommencer l'opération ? J'ai le plaisir de vous annoncer que cette fois la menace a suffi, on vient de me solder intégralement. »

— M. le Dr L., n° 440, ayant à faire régler une note de 40 fr. pour réduction de luxation de l'épaule chez un assuré, s'est vu opposer dernièrement un refus par la Compagnie. Comme il s'est assuré par la radiographie que sa réduction avait été complète, et comme une petite lésion acromiale qu'il a méconnue au premier moment, et que le médecin de la Compagnie n'a pas plus vue que lui dans les soins ultérieurs, ne saurait soulever le cas de faute, même légère, nous lui avons conseillé de poursuivre le patron responsable et de ne pas se laisser intimider par cette querelle d'allemand.

Même avis a été envoyé à M. le Dr C., n° 94, auquel une Compagnie étrangère refuse de payer les 1000 fr. qu'elle doit pour soins médicaux à des sinistrés d'un assuré important.

— C'est à propos d'honoraires réclamés à des *Sociétés de Secours mutuels* que sont nés les incidents dont nous avons parlé à l'Assemblée générale, et qui ont conduit celle ci à se solidariser avec les intéressés par un vote d'appui éclatant et par une contribution pécuniaire de 200 fr. Nos sociétaires nous ont accusé réception dans des termes qu'il conviendrait de publier pour amener la rougeur au front des médecins qui se font par faiblesse ou par défaut de sens moral, les complices de nos adversaires. En tout cas, notre sentiment sera communiqué par les avocats aux tribunaux saisis de ces litiges, et tant pis pour les oreilles de ces complices s'ils sont ce jour-là dans l'auditoire, car ils apprendront que la dignité professionnelle sombre inévitablement dans les pratiques de la servilité et du mercantilisme. L'un d'eux est membre du Sou médical ! Constatons-le sans commentaire, car il est dit que rien ne doit nous étonner désormais, à une époque où les caractères ont subi de telles dépressions.

L'exemple si bien suivi par les collectivités dont nous venons de parler est d'ailleurs donné par des Maires et autres dépositaires de l'autorité de l'Etat en matière d'assistance médicale.

C'est ainsi que M. le Dr M., n° 599, attend toujours d'un maire de la Creuse les honoraires que celui-ci s'était engagé *verbalement* à lui verser, pour soins à un indigent de sa commune, grièvement blessé.

C'est ainsi que M. le Dr L., n° 213, qui jadis s'est vu flibuster de la même façon une soixantaine de francs d'honoraires gagnés en rendant la vue à un indigent par une double opération de cataracte, se heurte aujourd'hui, pour somme analogue appliquée à deux iridectomies sur un pauvre diable, au défaut de mémoire d'un magistrat municipal qu'il a oublié de faire signer d'avance. Me Gatineau lui a répondu sur ce qu'il convenait de faire en présence de tant de

mauvaise foi. A un oculiste de Paris ou de Caen, comme le dit notre sociétaire qui habite la Manche, on donnerait de suite satisfaction ; mais avec un médecin de campagne qui a le toupet de faire de bonne oculistique, on chicane sans vergogne un honoraire deux fois plus modeste. Ne devrait-on pas bondir, dans les préfectures et les ministères, devant ces dénis de justice, et laver la tête des maires avec le plus mordant des savons ?

Recouvrements d'honoraires doublés de litiges de jurisprudence.

L'appui pécuniaire du *Sou médical* a été accordé à M. le Dr R. (n° 561). Ce confrère estime, avec notre conseil judiciaire, que, appelé par une femme pour l'accoucher, il s'est formé entre elle et lui un quasi-contrat qui la rend personnellement et directement responsable, vis-à-vis de lui, au point de vue des honoraires. Sans qu'il y ait lieu de reproduire ici les détails de la question d'espèce, votre commission a pensé que nous devions soutenir le confrère devant le tribunal de S. et chercher à faire triompher sa thèse.

—M. le Dr D. (n° 649), et M. le Dr P. (n° 327), ont accouché deux jeunes femmes sur la demande de tiers intéressés à leur délivrance. Nos confrères pouvant faire la preuve qu'il y a eu de la part de ceux-ci engagement de les payer, ont été incités à poursuivre : mais ils ont reçu en même temps toutes recommandations nécessaires pour ne pas mettre en péril le secret professionnel, ou même la discrétion que commandent ces situations fausses. Pas de dépenses à prévoir pour ces interventions.

—M. le Dr D. (n° 649), a reçu en même temps de Me Gatineau les indications nécessaires pour obtenir d'une femme séparée de biens le payement des soins donnés au mari. Il s'agit d'une espèce favorable et le confrère ne réclame pas notre appui pécuniaire.

— M. le Dr G., membre du Syndicat du Puy-de-Dôme, a soumis aussi une question de responsabilité d'honoraires visant les soins donnés à une femme mariée sous le régime dotal avec Société d'acquêts, et il a été répondu que le responsable était le mari. J'ai transmis cette consultation, mais je viens de m'apercevoir que l'intéressé n'est pas membre du *Sou médical*, et je vous prie d'agréer mes excuses pour ce manquement involontaire à nos statuts : heureusement, je n'ai rien promis au sujet de l'intervention de notre caisse.

—M. le Dr D. (n° 135) réclame notre appui pécuniaire dans une affaire au sujet de laquelle il lui a été fourni deux consultations juridiques. J'appelle votre attention : 1° sur l'impression que Mr Gatineau va vous communiquer relativement aux chances de succès ; 2° sur la dernière lettre de notre confrère, absolument intéressante à divers points de vue.

Le Conseil, après examen très attentif du litige, constate qu'il ne soulève en jurisprudence que très indirectement la question d'intérêt général. Il décide cependant que, vu certaines particularités de l'espèce, il prendra à son compte la moitié des frais d'instance, s'il n'y a lieu qu'à une seule action judiciaire, c'est-à-dire dans le cas où les adversaires résideraient dans le ressort du même tribunal.

J'arrive maintenant à l'histoire de M. le Dr A., 121, qui a pratiqué jadis une laparotomie pour appendicite, avec deux confrères de sa localité, dans la famille d'un fonctionnaire qu'il considère comme de situation aisée. La façon dont il a indiqué sur sa note, d'un total de mille francs, la répartition des honoraires aux trois collaborateurs, avait fait l'objet d'une consultation de M. le Dr Broca et d'une note de M. le Dr Jeanne, qui ont été soumises au tribunal en même temps que les conclusions déposées par M. le Dr A. pour répondre à la partie adverse.

Le tribunal de D. vient de rendre un jugement qui ne donne pas complète satisfaction à notre sociétaire. Vous avez à délibérer, Messieurs, sur la conduite à tenir en cette occurrence ou sur le conseil à donner à notre confrère, qui, actuellement malade, l'attend avec quelque impatience.

(Le Conseil décide qu'il fera connaître à M. le Dr A. ce que représentent les chances de succès en appel, qu'il attendra sa résolution sur ce point, et que, dans le cas où notre sociétaire se prononcerait pour la négative, il participera dans une mesure à déterminer ultérieurement aux frais du procès.)

Responsabilité médicale.

Nous nous sommes intéressés sur ce point à trois affaires d'inégale importance.

La première, celle de M. le Dr F. (n° 38), se serait terminée à notre entière satisfaction, si le tribunal, après avoir rejeté la demande reconventionnelle, n'avait, en vertu de l'absurde système des compensations mal fondées, réduit d'un tiers la note de notre sociétaire. Pourquoi ? Mystère. J'ai expertisé cette note avec la plus scrupuleuse attention : les magistrats, eux, n'ont pas pris la même peine ; ils ont tranché, et voilà tout. Nous n'avons plus qu'à indemniser notre confrère des frais qu'il n'a pu éviter et qui se montent au chiffre de 120 fr. employés à en perdre autant.

La seconde doit venir devant le tribunal de Versailles dans le mois de janvier.

La troisième, de date récente, touche un sociétaire qui n'est venu à nous que postérieurement à l'accident : elle est très grave. Nous ne pouvions y mêler notre caisse puisque les statuts mettent celle-ci à la disposition des seuls membres entrés avant litige. Mais l'esprit de solidarité qui nous anime tous a conduit MM. Lepage et Henri Cézilly à procurer au confrère les appuis moraux dont il avait besoin. Nous avons fait ce qui était en notre pouvoir dans cet ordre d'idées. Mais, si l'on pouvait tout écrire, les médecins jugeraient par le cas dont il s'agit qu'on ne peut plus se passer d'être du *Sou médical*, quand on traverse une époque comme celle-ci.

Vous vous souvenez, Messieurs, que l'année dernière, nous avions eu l'idée d'assurer les membres de notre société contre la responsabilité civile qui se trouve maintenant mise en question à tous propos, au sujet de nos échecs opératoires ou thérapeutiques. A différentes reprises, votre secrétaire général a étudié les divers côtés de la question ; application pratique, chiffre à prévoir, effet produit sur les tribunaux et le public, sur les médecins eux-mêmes, acceptation, par ce fait, des théories qu'on nous oppose en la matière, etc... Plus j'ai

réfléchi et plus je suis devenu perplexe. Puisque la même idée est venue à M. le Dr Vincent, du Syndicat de la Seine, nous devons, à mon avis, l'examiner de nouveau, sans hâte, mais avec ténacité, ayant souci d'aboutir s'il est une solution possible, et surtout si la mesure doit être féconde en résultats favorables et dépourvue de sérieux inconvénients. Je propose qu'elle soit mise à l'ordre du jour de notre prochaine séance trimestrielle, et qu'il nous soit fourni, ce jour-là, un rapport très étudié sur les conclusions duquel nous pourrions au moins essayer d'asseoir notre opinion. Cette question de responsabilité civile arrive à nous obséder au point de nous gêner de la façon la plus dangereuse, dans la pratique de notre art. Il nous faut faire tous les efforts possibles pour sortir de cette impasse : nous n'y parviendrons qu'en fixant nous-mêmes, entre médecins, l'attitude et la ligne de conduite qu'elle nous impose. C'est affaire à nous seuls, car les étranges « attendu » des tribunaux ne font que jeter le trouble dans les consciences médicales les plus scrupuleuses et les plus droites : c'est affaire de déontologie, à mon sens, et le jour où je me sentirais en règle avec celle-ci, sur ce point, je n'éprouverais plus le besoin de monnayer, comme l'a dit M. le Dr Berthod, ma responsabilité professionnelle. Le *Sou médical*, c'est-à-dire l'opinion de mes pairs, me couvrirait de la façon qui seule me préoccupe. Il serait à souhaiter, Messieurs, que chacun de nous prît la plume pour fixer son opinion et celle des autres, au plus tôt, sur ce grave sujet.

(*M. le Dr de Grissac donne connaissance à ce moment des grandes lignes du projet Vincent. Il dit que la commission chargée de l'étudier se propose d'entendre un délégué du Bureau du Sou médical. M. le Dr Jeanne est prié de se tenir à la disposition de la commission.*

Questions générales.

1° *Honoraires aux chirurgiens d'hôpital pour soins aux payants et aux victimes du travail.* — Vous vous rappelez, Messieurs, qu'à l'époque de l'assemblée générale du Sou, de la réunion Bousquet, de la séance générale de l'Union des Syndicats, nous avions conçu l'espoir, avec M. le Dr Lande, que le règlement type d'hospitalisation et les circulaires explicatives qui lui ont fait suite nous permettraient de baser la jurisprudence que nous devons aux seuls juges de paix, et qui eût sauvegardé nos intérêts, contre l'application d'idées spéculatives d'*hôpital aux seuls pauvres* à une situation réelle, et de longue durée probable, qui en est la plus criante antithèse. Or nous avons le regret, documents en main, de constater que le gouvernement ne donne son appui qu'aux théoriciens dans cette affaire. Nos juges de paix continueront, nous l'espérons bien, de juger en équité ; mais nous ne sommes pas encore armés pour affronter les arrêts des Cours qui, sans doute parce qu'elles sont trop haut placées, prennent le vertige et ignorent le bon sens, quand elles ne sont pas calées par des piles de textes et de grimoires qu'on cite pour ne pas se donner la peine de prononcer après appel judicieux à sa conscience, et d'où l'on fait sortir.... tout ce que l'on veut.

Me Gatineau a bien voulu nous promettre de nous donner son avis sur la ligne de conduite qui lui paraîtra la meilleure à suivre sur ce terrain si important du domaine professionnel. Ses avis seront les bienvenus si surtout ils ne concluent pas à l'acceptation des vues d'en haut, qui semblent n'avoir été inspirées que par la suspicion à l'égard des médecins.

2° *Le recouvrement des honoraires médicaux par simple taxation.* — Hier même, a été déposée sur le Bureau du Sénat, par M. le Dr Bataille (du Puy-de-Dôme) une proposition qui nous permettrait de soumettre nos honoraires en cas de contestation, à la taxation d'un juge compétent, avant de nous obliger à l'action ordinaire en vue du recouvrement, l'arrêt du juge étant exécutoire sauf opposition. Nous avons demandé aussitôt à l'auteur de vouloir bien nous faire parvenir un exemplaire de sa proposition : nous la publierons au procès-verbal, et Me Gatineau sera bien aimable de nous dire à la prochaine séance : 1° tous les avantages qu'elle réaliserait pour nous, 2° comment nous pourrions aider l'auteur à faire triompher ses idées (*adopté*).

Exposé des motifs.

« Il arrive fréquemment que des médecins, des chirurgiens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes ou des pharmaciens ne peuvent obtenir de leurs clients le paiement amiable de leurs honoraires. Force leur est alors d'engager une instance en justice pour contraindre leurs débiteurs à s'acquitter. Mais cette solution n'est pas sans présenter, dans l'état de choses actuel, de sérieux inconvénients : d'une part, en effet, ou bien la somme réclamée est de faible quotité et les frais nécessités par l'instance sont relativement trop élevés ; ou bien il s'agit de sommes importantes et alors c'est un grand procès qui va s'engager ; d'autre part, quelle que soit l'importance du litige, il ne peut être tranché qu'au bout d'un temps assez long. Ainsi, devant certains tribunaux, en raison de l'encombrement des affaires, l'action du médecin n'aboutit qu'une ou même deux années après avoir été introduite.

Pareille situation nous paraît extrêmement fâcheuse et de nature à préjudicier aux légitimes intérêts d'une classe de citoyens éminemment utiles au corps social.

C'est pourquoi nous avons conçu le dessein d'y remédier en simplifiant la procédure et en la rendant moins onéreuse ; il n'y aurait rien de choquant, selon nous, à décider qu'à l'avenir les honoraires des médecins, chirurgiens, etc., seront, à défaut de paiement amiable, recouvrés par la voie de la taxe, en distinguant, pour déterminer le magistrat taxateur, suivant que la somme réclamée dépasserait ou non 200 fr. Le président du tribunal civil ou le juge de paix, selon le cas, serait donc appelé à apprécier l'importance et les difficultés des soins donnés, la valeur des appareils et des médicaments fournis. Pour ce faire, le magistrat taxateur s'en référerait aux tarifs communément usités dans chaque localité par les médecins, chirurgiens, etc., et au tarif dressé par l'Association de pharmacie de France, sur lequel on se règle déjà, dans tous les départements, pour l'assistance médicale.

Il va sans dire qu'on ferait également entrer en ligne de compte, le cas échéant, la réputation du praticien, car on ne saurait rémunérer, sur le même pied que la généralité de ses confrères, le membre de l'Académie de médecine ou le spécialiste éminent.

La réforme que nous préconisons n'aurait rien de révolutionnaire, la procédure de taxe pour les honoraires de médecins, etc., serait quelque chose d'analogue à la procédure, établie par la loi du 24 décembre 1897, relative au recouvrement des frais dus aux notaires, avoués et huissiers.

Les dispositions de notre projet donnent aux mé-

decins, chirurgiens, etc., en même temps qu'à leurs débiteurs, toutes les garanties désirables.

Pour vérifier cette affirmation, prenons successivement les deux ordres d'intéressés, tout d'abord les médecins, chirurgiens, etc.

1° Ils bénéficieraient d'une procédure rapide, peu compliquée et peu coûteuse, sans déplacement onéreux, puisqu'ils s'adresseraient à une juridiction de leur résidence. L'ordonnance de taxe, obtenue par eux avec une grande célérité, constituera dans leurs mains un titre exécutoire, emportant hypothèque, faisant courir les intérêts, et interrompant la prescription ;

2° Il importe de faire observer que la procédure de la taxe n'aura rien d'obligatoire et que les médecins conserveront la plus large faculté d'option pour la procédure ordinaire de demande en paiement : nous avons voulu venir en aide aux intéressés, mais il n'est pas entré dans notre esprit de leur imposer cette aide, et de les contraindre à employer le moyen avantageux que nous leur offrons, s'ils jugent n'en point devoir user ;

3° Afin que les médecins soient protégés contre l'éventualité d'une appréciation inexacte de la part du magistrat taxateur, le projet leur permet de faire opposition à l'ordonnance de taxe, soit devant le juge de paix, soit devant le tribunal civil, suivant le cas. Le débat qui s'engagera alors restera absolument analogue à une instance ordinaire ; les requérants étant appelés à produire, devant les juges, les bases justificatives de leurs honoraires, leurs réclamations auraient toute chance d'être équitablement appréciées.

Nous ne pensons pas, d'autre part, que les dispositions du projet puissent susciter des plaintes de la part des clients. En regard de ceux-ci, également, la loi ne présenterait que des avantages :

a) Elle assurerait aux clients des médecins, chirurgiens, etc., le bénéfice d'une procédure plus simple, plus rapide et moins coûteuse ;

b) Elle les prémunit contre le danger d'être livrés à la merci des prétentions exagérées des médecins, ou des appréciations erronées du premier magistrat taxateur. Les clients, eux aussi, auraient la faculté de faire opposition à l'ordonnance de la taxe ; de la sorte, le litige serait porté devant ces mêmes tribunaux dont ils sont actuellement justiciables, et où ils ont toutes garanties pour la défense de leurs droits. »

Proposition de loi :

Article premier. — Les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pourront, à défaut de règlement amiable de leurs honoraires, poursuivre le paiement des sommes leur revenant pour visites, opérations, fournitures d'appareils et médicaments, en procédant par la voie de la taxe, de la manière qui va être indiquée aux articles ci-après.

Art. 2. — La demande en taxe sera portée devant le juge de paix, jusqu'à la valeur de deux cents francs, et au-dessus de cette somme devant le président du tribunal civil.

La taxe sera arrêtée en tenant compte de l'importance et des difficultés des soins donnés et de la valeur des appareils et des médicaments fournis.

Le magistrat taxateur pourra, selon les circonstances, s'inspirer des usages locaux et des tarifs officieux y relatifs.

Art. 3. — Signification sera faite par simple acte d'huissier à la partie débitrice, à personne ou domicile, de l'état détaillé des sommes taxées et de l'ordonnance du magistrat taxateur, revêtue sur minute de la formule exécutoire.

Sauf l'application des dispositions des articles 73, 74 et 1093 du code de procédure civile, l'ordonnance de taxe est susceptible d'opposition de la part tant de la partie débitrice que de celle qui en est bénéciaire.

Cette opposition est motivée et faite par citation devant le juge de paix jusqu'au taux de sa compétence en matière mobilière, et, au delà, par ajournement devant le tribunal civil.

Art. 5. — Le délai d'opposition est suspendu par la mort de l'une des parties ayant le droit d'opposition. Il reprend son cours après une nouvelle signification faite au domicile du défunt, et à compter de l'expiration des délais pour faire inventaire et délibérer, si cette signification a eu lieu avant que les derniers délais fussent expirés.

Cette signification pourra être faite aux héritiers collectivement et sans désignation des noms et qualités.

Art. 6. — Les juges ou tribunaux compétents en matière de taxe seront ceux de la résidence du requérant taxé. Tous débats devant le tribunal civil auront lieu en la chambre du conseil, sans procédure, le ministère public entendu ; mais le jugement sera rendu en audience publique.

Les jugements statuant sur l'opposition à taxe seront susceptibles d'appel dans les formes et les cas ordinaires.

Art. 7. — La signification à l'ordonnance de taxe, faite conformément aux prescriptions de la présente loi, à la requête des bénéficiaires, interrompt la prescription et fait courir les intérêts.

L'ordonnance de taxe vaut titre exécutoire ; elle emporte hypothèque judiciaire, mais elle ne pourra être exécutée et l'inscription ne pourra être prise valablement qu'après l'expiration du délai d'opposition.

Art. 8. — La présente loi est applicable même pour les sommes dues antérieurement à sa promulgation, et non prescrites, tant en France qu'en Algérie et aux colonies.

M. le président. — Ce n'est pas sans une profonde satisfaction, mes chers confrères, que je constate, après cette discussion, que l'exposé de notre secrétaire général vise aujourd'hui les actes d'*un seul mois*, puisque nous avons tenu séance le 14 octobre et le 16 novembre.

J'ai là sous les yeux la preuve de l'agitation féconde que nous semons dans les sociétés médicales, de l'émulation que nous y faisons naître, et dont les adhésions venues de tous les points fournissent le témoignage. Qu'on l'avoue ou qu'on ne l'avoue pas, peu importe : nous sommes assez riches pour prêter sans billet. Mais ce qui est manifeste, c'est le réveil pour la défense, et de cela c'est nous qui avons donné le signal ; oui, nous seuls d'abord, et les échos sont venus ensuite nous prêter leur concours, ce dont nous les remercions pour l'intérêt commun. Par nous, on est passé, chez les médecins, des récriminations et des tirades jérémiaques ou violentes, à *l'action*, à l'action qui seule prouve la vie, la force, la volonté. A celle-ci nous avons donné l'organisation méthodique et légale, et vous voyez comment nous enregistrons les résultats à toute heure. Ah ! si chaque médecin était membre du Sou médical ! (*Applaudissements*).

Le secrétaire des Séances.
Dr Mignon.
des Mureaux.

Association Amicale

Réunion du 25 décembre 1901.

La séance est ouverte à deux heures sous la présidence de M. le Dr Maurat. *Présents* : MM. Gassot, Jeanne, H. Cézilly et Mignon.

Il est procédé d'abord au vote des indemnités ci-dessous :

Nos		fr.
1	3 mois (1/2 B)	150
11	id. (B)	300
13	7 jours	70
27	14 jours	140
47	12 jours	120
72	17 jours	170
80	3 mois	300
82	id	300
137	18 jours	180
147	4 jours	40
150	3 mois	300
221	25 jours	250
238	2 mois 11 jours (chronicité)	233
268	56 jours	560
284	7 jours	70
302	4 jours	40
349	36 jours	360
358	60 jours	600
362	3 mois	300
370	43 jours	430
377	14 jours	140
387	47 jours	470
436	15 jours (amende de 60 fr.)	70
488	3 mois	300
501	3 mois	300
616	9 jours	90
654	10 jours	100
690	5 jours	50
691	10 jours	100
741	18 jours	180
		6713

Le Conseil rappelle que les indemnités ne sont adressées par le Trésorier qu'après avoir été votées à la réunion trimestrielle qui a lieu fin mars, fin juin, fin septembre, fin décembre. En les faisant parvenir aux intéressés, le Trésorier retient la cotisation due au moment de l'expédition.

Les opérations devenant de plus en plus compliquées à mesure que la Société se développe, chaque membre est prié d'observer dans tous ses rapports avec les divers membres du Bureau la ponctualité réglementaire imposée par les statuts et rappelée dans la brochure. (Demander celle-ci si on l'a égarée).

Des mesures gracieuses sont prises en faveur de deux Sociétaires aux dépens de la Caisse auxiliaire, mais en conformité des conventions qui nous lient à l'Association générale et qui ont pour but d'atténuer les rigueurs du règlement, quand une enquête en démontre l'indication bien fondée.

Après avoir enregistré la démission de M. le Dr C., devenu médecin militaire, le Conseil admet les membres suivants :

Combinaison A. — MM. Vigneron (Champniers, Charente), Le Becq (Evron, Mayenne), Jacquemart (Bavay, Nord), Peltre (Yerres S.-et-O.), Massol (Roquebrune, Var), Darragon, (Ourville, S.-Inf.), Tesseyré (Villeneuve-la-Comtesse, Char.-Inf.), Perret (Vonnas, Ain), Moreau, (Angers M.-et-L.).

Combinaison B. — Mercier (Paris), Bruneau, Ozouer-le-Voulgis (S.-et-M.). Lheureux, (Airaines, Somme), Pellier (Noyant, M.-et-L.), Bec (Mirandol, Tarn), Chevallier (Rully, Oise), Renaudin (Pogny, Marne), Vieilliard (Consenvoye, Meuse), Bollard (Imphy, Nièvre), Tison (Paris), Métras (Vuillafans, Doubs), Cornet (Paris), Beaudonnet (Septfonds, Tarn-et-Gar.), Vénassier (Dôle, Jura), Fériaud (La Verdière, Var).

Le Conseil décide qu'une fois encore seront rappelées au journal les formalités d'admission pour l'entrée dans l'Association générale et l'Amicale (voir avis en tête du n° 51 du *Concours* 1901), et supplie les postulants de vouloir bien les remplir à la lettre, afin d'éviter une lourde correspondance vraiment superflue.

La séance est levée à trois heures et demie.

Le Secrétaire-adjoint,
Dr H. Mignon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traumatismes articulaires et troubles sensitifs.

M. le Dr M. *Chavigny* a étudié récemment, dans la *Revue de médecine*, les troubles de sensibilité produits par les traumatismes articulaires et les hydarthroses.

D'ordinaire, dit-il, l'hydarthrose traumatique franche du genou est accompagnée d'une hypoesthésie s'étendant à toute la zone de distribution superficielle du nerf crural.

Voici comment il faut procéder, pour constater ce trouble sensitif : si l'on pique successivement avec une épingle la face antérieure des deux cuisses, le malade indique qu'il perçoit beaucoup mieux la piqûre du côté sain que du côté opposé. Ensuite, sur la cuisse, l'on promène l'épingle suivant diverses lignes, et l'on constate que le malade indique par une interjection très vive le moment où l'on passe de la zone d'hypoesthésie à une zone sensible. Réunissant enfin par un trait continu tous les points ainsi obtenus et marqués au fur et à mesure, on obtient un tracé reproduisant très fidèlement le territoire des branches superficielles du nerf crural.

Normalement, la face antérieure de la cuisse est d'une sensibilité un peu moins exquise que les faces interne et externe. Cette différence est due sans doute au frottement continuel du vêtement en avant, mais il est facile de distinguer les limites de l'hypoesthésie véritable de celles de la zone de frottement.

Ces troubles peuvent être précoces ou tardifs, selon les cas : dans quelques observations, on les a constatés un an après l'accident, alors que l'atrophie musculaire avait presque disparu. Les troubles spontanés de la sensibilité sont plus rares.

Comparativement, un grand nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, un cas de rhumatisme blennorrhagique, ont été examinés, en ne s'adressant qu'aux malades chez lesquels l'articulation du genou avait subi une atteinte.

Chez aucun, l'atrophie, même quand elle était assez prononcée, ne s'accompagnait de troubles sensitifs. Ce serait un moyen diagnostique entre les arthrites simples et le rhumatisme.

Cherchant ensuite à généraliser ces faits, M. Chavigny a constaté que les phénomènes étaient exactement semblables quand il existait un épanchement traumatique d'une articulation autre que celle du genou. Le fait a été vérifié, en particulier pour l'arthrite du coude (zone d'hypoesthésie à la face postérieure du bras, dans le territoire de distribution superficielle du nerf radial).

Quelle est l'importance pronostique de cette constatation ? Sans vouloir tirer une preuve absolue d'un raisonnement par comparaison, il est bon de se rappeler, que les auteurs recommandent, dans le cas d'arthrite traumatique de l'épaule, de rechercher quel est l'état de la sensibilité, disant que s'il y a anesthésie du moignon de l'épaule, dans les jours qui suivent l'accident, il faut craindre l'atrophie du deltoïde et porter un pronostic réservé, à cause de l'impotence fonctionnelle qui en résultera, impotence dont la guérison sera fort longue.

Les observations recueillies ne sont ni assez nombreuses, ni suivies pendant un temps assez long, pour qu'il soit permis de conclure d'une façon absolue à la valeur pronostique de ce signe ; mais d'ordinaire, seuls les cas légers ne s'accompagnent pas de troubles sensitifs.

Un point important à retenir est le suivant : la fréquence des troubles sensitifs consécutifs aux traumatismes du genou, alors que le tronc nerveux n'a pu être intéressé directement par le choc.

Théobromine lithinée contre l'uricémie.

Dans l'uricémie et la goutte, dans la présclérose constituée par un état plus ou moins permanent d'hypertension artérielle confirmée, dans l'hypertension portale dont il convient de poursuivre la réhabilitation, dans la sclérose cardio-rénale, dans toutes les maladies enfin où il importe de veiller au bon fonctionnement de l'appareil rénal, dans toutes les cardiopathies artérielles où « *la maladie étant au cœur et aux vaisseaux, le danger est au rein* », M. Huchard recommande pendant 20 jours chaque mois, et cela durant 5 à 6 mois (pour reprendre ensuite après deux mois d'interruption), la théobromine lithinée suivant ces deux formules :

1° Théobromine......... 20 grammes.
Carbonate de lithine. 10 —

2° Théobromine......... 20 grammes.
Carbonate de lithine.. 10 —
Benzoate de soude.... 5 —

Pour 40 ou 60 cachets ; un cachet tous les matins avec un grand verre d'eau minérale.

Voici encore une autre formule de « pilules anti-uricémiques » dont l'action est cependant moins certaine :

Extrait de convallaria maialis. }
— de stigmates de maïs.. } ââ 3 grammes.
Carbonate de lithine......... }
Benzoate de soude............ }

Pour 60 pilules. Prendre 6 pilules par jour, aux repas, et en trois fois.

(*Rev. internat. méd. et chir.*).

Cette médication, longtemps continuée (pendant 4 à 6 mois pour reprendre ensuite), rend de grands services, parce que la lithine et la théobromine se comportent, l'une comme agent réducteur, l'autre comme agent éliminateur de l'acide urique, mais le régime alimentaire lacto-végétarien doit être prescrit en même temps.

Inversion utérine

M. le Dr *Bar* a relaté, à la Société d'Obstétrique de Paris, les observations des 4 cas uniques d'inversion utérine, qu'il a observés dans sa pratique.

Un fait sur lequel M. Bar insiste, c'est la fréquence de la mort subite, qui peut survenir au moment même où se fait l'inversion, par syncope réflexe, ou plus tard quand on cherche à réduire l'organe retourné. Cette mort subite, d'ordre réflexe, est indépendante de la quantité de sang perdu par la malade. On doit bien la connaître, car on pourrait incriminer des manœuvres maladroites de réduction.

Un second point sur lequel M. Bar attire l'attention, sont les ligaments d'arrêt dans l'inversion utérine. On a beaucoup discuté pour savoir quels étaient les liens qui empêchaient le col de suivre le retournement du corps. Pour les uns c'est le ligament rond, pour d'autres le ligament utéro-sacré, etc. Or, M. Bar vient d'observer un cas terminé par la mort dans lequel il a pu étudier très nettement ce point controversé. C'est le ligament de l'ovaire ou ligament infundibulo-pelvien qui est le principal ligament d'arrêt et c'est lui qui empêche le col de s'inverser. Ce ligament contient, chez la femme enceinte, des veines très volumineuses, véritable paquet variqueux ; aussi quand il se tend sous l'influence du retournement utérin, les veines sont comprimées et l'on observe un gonflement très rapide de la tumeur constituée par l'utérus inversé.

De ces études anatomiques résulte un certain nombre de déductions thérapeutiques. Quand on veut réduire un utérus inversé, il faut d'abord repousser la paroi antérieure, car c'est elle qui se déroule le plus, puis, si les difficultés sont trop grandes on attendra 12 ou 24 heures et on réussira généralement plus facilement. C'est qu'en effet dans certains cas le corps utérin se contracte et il existe une telle rétraction au niveau de l'anneau de Bandl qu'on refoule la tumeur en masse dans le segment inférieur sans pouvoir dérouler le corps intimement appliqué sur lui-même. En attendant un peu, le segment inférieur devient plus résistant, il s'allonge moins, et peut offrir un point d'appui suffisant dans les manœuvres de réduction.

Les injections préventives de sérum antipesteux.

M. le Dr Ch. *Leroux* a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, un intéressant article sur les accidents consécutifs aux injections préventives de sérum antipesteux. Retenons surtout ses conclusions :

« Nous croyons qu'il n'y a pas lieu de pratiquer d'office les injections préventives de sérum antipesteux dès qu'un cas de peste se déclare à bord d'un navire ou dans un port. Il y a lieu d'établir des distinctions basées sur les caractères de faible contagion habituels de la peste, sur les conditions spéciales de l'épidémie, et sur la situation des sujets qu'elle menace, suivant qu'ils s'éloignent ou non du foyer et suivant leurs conditions de santé et d'hygiène.

« Lorsque l'épidémie est légère et qu'il est possible, dès le début, d'isoler les sujets indemnes, il faut différer l'injection préventive.

« Lorsque les sujets indemnes ne peuvent être éloignés du foyer d'infection ou que l'épidémie revêt des caractères graves dès le début, il y a lieu de proposer de suite l'injection et même de l'imposer. »

L'antéflexion congénitale.

D'après M. le Dr *J. Forestier*, fils, de Paris, dans sa thèse inaugurale :

L'antéflexion utérine peut exister à l'état primitif, qu'on l'appelle congénitale, puérile ou de la puberté. L'étiologie et la pathogénie de cette déviation sont très discutées, anatomiquement elle se caractérise par la sténose du col et la flexion du corps utérin sur ce dernier.

Ces lésions mettent obstacle à l'écoulement du sang des règles et des produits de sécrétion de l'utérus, elles sont une cause de dysménorrhée et d'infécondité, et elles offrent un milieu favorable au développement des inflammations utérines.

Dysménorrhée, stérilité et phlegmasie utérine rendent la vie insupportable aux malades qui en sont atteintes, et réclament un traitement capable de combattre à la fois ces trois inconvénients.

La thérapeutique de l'antéflexion congénitale abonde en procédés variables, les divers modes de dilatation semblent être les plus rationnels.

Parmi eux, M. Forestier donne la préférence à la dilatation progressive à l'aide des tiges de laminaires, suivie du curettage de la cavité utérine : inoffensif, simple, rapide, supporté par toutes les malades, ce procédé répond aux trois indications de l'antéflexion congénitale : dysménorrhée. stérilité et phlegmasie utérine, il l'a souvent vu employé avec succès par M. le docteur Potherat, et ces nombreux avantages s'ajoutent à celui d'être tout aussi efficace que les autres moyens curatifs du même genre.

CLINIQUE MÉDICALE

L'ozène et son traitement.

L'ozène ou rhinite atrophique fétide, est une affection d'une désespérante persistance et d'une repoussante odeur.

Cette affection est caractérisée cliniquement par la fétidité de l'expiration nasale, par sa ténacité et sa longue durée ; anatomiquement par l'atrophie des cornets et par un symptôme négatif, non moins important: l'absence d'ulcérations muqueuses, de nécroses osseuses.

L'affection qui présente ces caractères mérite seule le nom d'ozène ; on l'appelle encore rhinite atrophique fétide et punaisie.

Sir Morell Mackenzie en donne la définition suivante :

Inflammation chronique de la muqueuse nasale dans laquelle le liquide clair sécrété, au lieu de s'écouler hors des fosses nasales, se dessèche à la surface, donnant lieu à des masses de mucus concrété, sous forme d'écailles ou de croûtes verdâtres ou brunes. La facilité avec laquelle elles se décomposent donne naissance à une odeur dégoûtante et caractéristique connue sous le nom d'ozène. Il existe souvent en même temps une atrophie des cornets et des os sous-jacents, tandis que les voies nasales et les méats sont considérablement agrandis.

M. le Dr *Ed. Bouroullec*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement de cette pénible affection.

I

Étiologie et symptomatologie.

L'ozène est assez commun à la période moyenne de la vie. C'est surtout une maladie de l'adolescence. Rarement, il débute dans l'enfance ou dans l'âge mûr. Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître sa plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme. La proportion serait de trois à un. L'hérédité paraît exercer une certaine influence sur le développement de l'ozène, car on voit quelquefois dans une même famille plusieurs enfants atteints. Rosenfeld cite le cas d'une mère et de ses neuf enfants.

D'après S. Morell Mackenzie, l'ozène atteint souvent tous les enfants d'une même famille ; il n'est cependant pas contagieux ; « à l'appui de mon opinion, dit l'auteur, je puis citer bon nombre d'exemples, et en particulier le cas de nourrices vivant dans la même famille pendant des années, sans que les enfants confiés à leurs soins soient le moins du monde affectés. »

La syphilis ne peut pas créer l'ozène d'emblée, sans qu'il y ait préalablement des lésions nasales spécifiques. D'autre part, les lésions syphilitiques secondaires, tertiaires ou héréditaires des fosses nasales sont bien distinctes de l'ozène vrai, mais elles prédisposent les fosses nasales à contracter l'ozène vrai. La rhinite purulente et la rhinite hypertrophique précèdent quelquefois. Parfois, l'ozène survient après une variole, une rougeole ou une fièvre typhoïde. Pour Mackenzie, la cause occasionnelle, immédiate de la rhinite atrophique est souvent sans aucun doute l'entrée dans le nez de particules irritantes en suspension dans l'atmosphère. Certaines particularités, telles que la grandeur démesurée des orifices du nez, leur béance, leur direction en avant ou l'absence de cils vibratiles, favorisant l'entrée des particules irritantes, prédisposent à l'affection.

« Volkmann ayant observé que l'épithélium anormal était transformé chez les ozéneux en épithélium pavimenteux, en conclut que la fétidité de l'ozène était due à cette transformation et compara l'ozène aux sueurs fétides des pieds et des aisselles, régions dans lesquelles l'épithélium normal se change précisément en épithélium pavimenteux.

« Ces théories toutefois n'expliquent qu'une conséquence de l'ozène et non pas sa cause ; en présence de l'insuffisance de ces données, on se livra à de nouvelles recherches sur la pathogénie de l'affection et de ces travaux naquit la théorie microbienne. *Bactériologie de l'ozène.* De tous les microbes que l'on a trouvé dans les sécrétions nasales des ozéneux, celui qu'a décrit Lœwemberg en 1884 est un des plus constants et paraît, au dire de l'auteur, jouer un rôle capital dans la genèse de l'affection. C'est un coccus un peu allongé, ayant dans son plus grand diamètre de μ à μ 5, souvent associé en diplocoque, quelquefois en chaînes. Il est encapsulé. Les couleurs d'aniline le colorent parfaitement, surtout la fuchsine et le violet de gentiane, mais il ne se colore pas par la méthode de Gram.

« Dans le bouillon peptonisé, il forme lentement au fond un petit dépôt composé souvent de grumeaux et de filaments, au-dessus duquel le liquide paraît clair. Sur plaques de gélatine, il forme à la surface des colonies ovoïdes ou piri-

formes. d'un blanc plus ou moins laiteux,et dans l'épaisseur de la gélatine,de petites colonios rondes jaunâtres. Sur gélose, ainsi que sur le sérum humain ou animal, le microbe forme une couche unie d'un blanc sale tirant sur le gris. Il est semblable au pneumocoque de Friedlander ; mais celui-ci seul prospère dans le lait et le rend acide. Il ne résiste pas à une température de 54°. Lœwemberg n'a pas pu reproduire l'odeur caractéristique de l'ozène avec les cultures, même avec celles faites sur du mucus nasal stérilisé.

« Toutefois les cultures sur la viande exhalent une mauvaise odeur se rapprochant de celle de l'ozène. Les inoculations aux animaux n'ont pas davantage donné de résultats positifs.

« Belfanti et Della Vedova ont signalé dans les sécrétions des ozéneux la présence du bacille pseudo-diphtérique. Della Vedova, après avoir rappelé les nombreux travaux des partisans de l'étiologie infectieuse des rhinites chroniques et l'opposition rencontrée pour éclaircir cette question, démontre en effet l'importance pathogénique du bacille pseudo-diphtérique par rapport aux autres microbes existant dans la sécrétion ozéneuse. Il fait remarquer que le bacille se rencontre isolé dans certaines formes d'ozène, tandis que d'autres fois il est accompagné du bacille de Lœwemberg.

« Le développement de l'ozène exige encore des conditions spéciales du côté de la muqueuse nasale. La principale est l'atrophie de la muqueuse nasale, et, dans les cas plus avancés, du squelette osseux et des cornets. Les lésions histologiques sont les suivantes : transformation de l'épithélium vibratile en épithélium plat à une seule couche , infiltration de la couche sous-épithéliale par des cellules rondes, raréfaction des glandes avec dégénérescence graisseuse de leur épithélium. On a signalé parfois des altérations des capillaires et des filets nerveux se reudant à la muqueuse.

« La *symptomatologie* de l'ozène est des plus simples : elle consiste surtout dans la fétidité de l'haleine et dans les modifications des sécrétions nasales. L'haleine a une odeur douceâtre et nauséeuse se rapprochant de celle de la punaise écrasée (d'où le nom de punaisie). L'intensité de ce symptôme est proportionnelle à la quantité de croûtes accumulées dans les fosses nasales. L'odeur varie chez les mêmes sujets suivant certaines circonstances: elle est plus forte le matin que dans la journée ; elle s'accentue, chez les femmes, au moment des règles. Au début, les malades sentent eux-mêmes la mauvaise odeur qu'ils répandent, mais peu à peu l'anosmie survient et ils ne perçoivent plus cette odeur.

« Les sécrétions nasales sont visqueuses, puis muco-purulentes, mais elles ne sont pas abondantes en général. Dans les cas avancés, le malade expulse avec peine, tous les deux ou trois jours, des croûtes sèches, jaunâtres ou verdâtres reproduisant plus ou moins la forme des cavités où elles se sont formées et présentant une odeur infecte. L'aspect extérieur du nez est variable chez les ozéneux ; certains n'ont aucune déformation apparente, d'autres ont le nez camard, en selle, en trompette, etc. La rhinoscopie antérieure montre les fosses nasales pleines de mucosités, encombrées de croûtes sèches, d'un jaune verdâtre, masquant les cornets qu'elles tapissent. Les cornets sont habituellement diminués de volume, surtout le cornet inférieur : l'atrophie, bilatérale, est proportionnelle au degré d'ancienneté des lésions : elle permet facilement l'examen des fosses nasales et la recherche des repères habituels : saillie des trompes , orifices des sinus, paroi postérieure du pharynx. La muqueuse présente un coloration pâle : elle est saignante dans les points qui étaient recouverts de croûtes. Nulle part, il n'existe d'ulcérations ni de perte de substance. La rhinoscopie postérieure montre que les croûtes peuvent envahir le rhino-pharynx. Sur la paroi postérieure du pharynx buccal, la muqueuse est lisse, luisante, souvent tapissée de croûtes.

« L'ozène est une affection chronique dont l'évolution se fait sans fièvre, sans altération de l'état général : toutefois, par le dégoût qu'elle inspire, cette affection plonge les malades dans une hypochondrie profonde : elle mérite donc d'être traitée avec énergie et persévérance.» (*Gaz. des Hôp.*)

II

Traitement.

L'ozène guérit quelquefois spontanément ; mais cette éventualité est fort rare.

La première indication dans le traitement de la rhinite atrophique est de faire disparaître la fétidité qui est le symptôme dominant, en procédant à l'expulsion des croûtes. On obtient ce résultat par des soins méthodiques continués pendant des mois, voire même des années.

Ce traitement consiste d'abord en un nettoyage du nez fait par le médecin lui-même avec la pince et le stylet. La muqueuse est débarrassée des croûtes qui la recouvrent. Les nettoyages ultérieurs seront faits par le malade lui-même qui fera passer, à l'aide du siphon de Weber ou de la seringue anglaise, un à deux litres de liquide chaud. Ces lavages répétés détachent mécaniquement les croûtes et désinfectent temporairement les cavités nasales.

On se sert généralement des solutions antiseptiques suivantes :

1° Naphtol	0 gr. 30
Eau dist	1 litre.
2° Acide phénique crist	5 grammes
Eau	1000 —
3° Résorcine	5 —
Eau	1000 —
4° Acide borique	30 —
Eau	1000 gr.
5° Bicarbonate de soude	20 gr.
Acide phénique	3 gr.
Eau	1000 gr.
6° Bicarbonate de soude.	*àâ* 3 grammes.
Biborate de soude	(*àâ*)
Chlorate de soude	4 —
Eau distillée	1 litre.

Après chaque lavage, qui sera répété deux ou trois fois par jour, le malade insufflera dans son nez un peu d'acide borique ou d'aristol. Morell Mackenzie a recours au procédé suivant :

Première irrigation faite avec de l'eau tiède sulfureuse ou l'une des solutions précédentes. Seconde injection avec un demi-litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique..........	20 grammes.	
Glycérine pure...........	100	—
Alcool à 90 degrés.......	50	—
Eau........................	350	—

On peut remplacer l'acide phénique par le chloral, la résorcine, l'acide salicylique, le salicylate de soude.

Comme pulvérisations, l'auteur s'est bien trouvé de l'emploi de solutions légèrement astringentes (tannin, alun) rendues antiseptiques par l'addition de vinaigres aromatiques, de résorcine, d'acide phénique où de chloral. Si l'on fait usage d'insufflations pulvérulentes, je recommanderai également l'acide borique que l'on pourra additionner d'un peu de résorcine très finement porphyrisée. Tout cet ensemble de traitement sera fait régulièrement et scrupuleusement par le malade matin et soir et même dans quelques cas très rebelles trois fois par jour ».

Pour ramollir et détacher plus facilement les croûtes, Musehold (de Berlin) conseille les pulvérisations avec :

Borax..................	25 grammes.	
Glycérine neutre........	50	—
Eau distillée............	50	—

M. Lermoyez, pour prévenir la formation de nouvelles croûtes et le retour de la fétidité, ordonne des irrigations nasales chaudes à l'aide de la seringue anglaise. Ces irrigations doivent être énergiques et abondantes, et faites avec des solutions alcalines ou antiseptiques, avec du thymol en solution à 1/1000, du phénosalyl à 1/1000, de la résorcine à 1/200.

Dans l'intervalle des lavages il prescrit des pulvérisations avec :

Vaseline liquide.........	30 grammes.	
Salol....................	1	—
Essence de géranium....	V gouttes.	

ou des badigeonnages des fosses nasales faites par le médecin lui-même tous les deux jours avec :

Vaseline...............	ââ 20 grammes.
Lanoline...............	
Baume du Pérou........	

ou avec glycérine iodée à 1/10 ; ou avec solution de nitrate d'argent à 1/50.

Le massage vibratoire de la pituitaire est aussi une excellente méthode ; on le fait légèrement avec un petit tampon monté au bout d'un stylet et susceptible de pénétrer dans toutes les anfractuosités des fosses nasales. La séance doit durer une minute par fosse nasale. On commencera par imbiber le tampon de baume du Pérou et on finira par l'imbiber de lanoline mentholée au 1/20. On fera une séance tous les jours pendant plusieurs mois.

Bürger d'Amsterdam a obtenu des succès par cette méthode de massage.

— Belfanti et Della Vedova ont proposé contre l'ozène des injections de sérum antidiphthérique.

L'auteur injecte 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et renvoie l'enfant sans autre traitement. Le troisième jour l'enfant éternue beaucoup, expulse des croûtes et du mucus et l'odeur disparaît au bout de huit jours.

G. Masini divise les ozéneux en trois groupes, tous reconnaissables aux croûtes sèches et à la fétidité, et au point de vue bactériologique à la présence du bacille de Lœwemberg, de Belfanti et de Della Vedova. Il décrit les altérations anatomo-pathologiques de chaque groupe et les attribue pour le premier à des troubles de l'état général, presque toujours réfractaires au traitement ; pour le second à des lésions graves de la muqueuse et des os du nez avec participation nulle ou presque nulle de l'organisme général ; pour le troisième à des altérations plus ou moins graves de l'épithélium et de la muqueuse sous-jacente. La guérison est possible dans les deux dernières catégories. Masini examine les divers modes de traitement et la sérothérapie en particulier. Il décrit ses recherches bactériologiques et expérimentales avec inoculations de cultures pures du bacille pseudodiphtérique et de la sécrétion nasale. Il parle longuement de l'électrolyse et de sa propre méthode de cataphorèse électrique, agissant soit comme simple cataphorèse, soit comme une véritable électrolyse lente, et qui fournirait toujours de bons résultats.

Cependant, le sérum a donné parfois naissance à des complications assez inquiétantes et la maladie a reparu. Ferreri, qui a essayé cette méthode thérapeutique, lui préfère cependant de beaucoup les applications de créosote. Il se sert des deux solutions suivantes :

Solution forte.

Créosote.................	parties égales
Glycérine................	

Solution faible

Créosote..................	5 grammes	
Alcool à 70 degrés........	10	—
Glycérine.................	40	—

Suivant l'intensité de la maladie, il fait des applications de l'une ou de l'autre de ces solutions tous les jours ou tous les deux jours, et complète parfois ce traitement par des cautérisations au galvano-cautère.

Le Dr Gradenigo préconise les injections intramusculaires d'iode comme modificatrices du terrain : on ne doit pas les considérer comme ayant une action spécifique ou antitoxique ; mais elles constituent un excellent reconstituant au point de vue du traitement général et viennent en aide à la cure locale en stimulant la sécrétion des glandes de la muqueuse nasale.

En présence des résultats inconstants et insuffisants obtenus par les méthodes précédentes, on s'adresse à un autre mode de traitement : à la *méthode électrolytique* basée sur cette idée que l'ozène est moins une affection microbienne qu'une manifestation dystrophique, qu'une altération trophonévrotique, justiciable, par conséquent, d'un traitement ayant pour effet de stimuler les fonctions de nutrition des éléments anatomiques. Les résultats de la méthode électrolytique sont des plus encourageants, comme le démontrent plusieurs observations.

Voici la technique de l'application de l'électrolyse.

On peut opérer le malade assis ou couché, on peut même opérer plusieurs malades à la fois.

Chez les sujets pusillanimes, il est préférable de conseiller la position couchée. On s'expose moins à la syncope qui peut dépendre aussi bien du passage du courant dans une région très riche en nerfs, que de la douleur même. Il est de toute nécessité de procéder à un nettoyage com-

plet des fosses nasales à l'aide de la seringue. Les croûtes trop adhérentes sont détachées à la pince.

Un tampon d'ouate imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/5 ou 1/10 (enfants) est introduit jusqu'au contact du cornet moyen et laissé cinq minutes en place. Pour éviter toute « fausse route » de l'aiguille positive, il faut avoir soin au moment de l'introduction dans le cornet moyen de faire baisser légèrement la tête du malade tout en relevant autant que possible l'extrémité de l'aiguille qui recevra le fil conducteur. En d'autres termes, on ne doit jamais enfoncer l'aiguille de bas en haut, mais bien dans une direction presque horizontale, tout au moins en essayant de suivre le bord inférieur du cornet moyen. Ce temps est délicat, c'est en somme la manœuvre difficile de l'opération. On peut la rendre plus aisée en opérant de la façon suivante : le spéculum étant mis en place, l'aiguille est enfoncée de quelques millimètres dans le cornet (tête ou bord inférieur). On abandonne le spéculum et on relève avec le pouce de la main gauche le lobule du nez de manière à présenter en avant l'orifice de la narine. On achève à ce moment d'enfoncer l'aiguille. Cette dernière ne doit pas pénétrer au-delà de deux centimètres et demi chez l'enfant, trois à quatre centimètres chez l'adulte.

Les aiguilles ont de 12 à 15 centimètres de longueur. L'une est en cuivre rouge très pur, bien décapée et d'un diamètre de 1 millimètre 1/2 au moins. La pointe ne doit pas être trop effilée ; elle plierait et se tordrait avec facilité au moment de l'introduction. L'aiguille d'acier plus rigide peut être d'un diamètre un peu inférieur. Nos aiguilles sont munies d'un ajustage qui permet de fixer solidement les fils conducteurs. Elles sont, bien entendu, flambées et aseptisées dans une solution phéniquée forte.

L'aiguille négative se fixe avec la plus grande facilité soit dans le cornet inférieur, soit dans une crête de la cloison. Nous n'avons jamais fixé l'aiguille positive à droite et la négative à gauche comme le font quelques opérateurs.

Chez l'ozéneux, le cornet moyen est souvent atrophié à un point tel qu'on aperçoit son bord inférieur comme tranchant. Dans ce cas il semble difficile de pouvoir assujettir solidement l'aiguille positive entre la muqueuse et l'os. Il ne faut pas hésiter alors à l'enfoncer en plein cornet en s'aidant au besoin d'un petit maillet de bois.

Les aiguilles en place sont isolées l'une de l'autre avec soin. On y parvient sans difficulté en glissant sur la partie non fixée dans les tissus un petit drain de caoutchouc, d'une longueur et d'un diamètre suffisants. On adapte ensuite les fils conducteurs, pôle positif au cuivre, pôle négatif à l'acier, et on fait passer le courant en augmentant très lentement son intensité de 0 à 8, 10, 12, 14 milliampères. Nous avons remarqué que la douleur, assez vive au début du passage du courant, s'atténuait très sensiblement au bout de quelques minutes, bien que l'intensité n'ait pas varié ; le fait paraît en rapport avec la formation de l'eschare autour de l'aiguille et la destruction rapide des minces ramuscules nerveux qui entourent cette dernière. On pourrait prolonger l'application pendant vingt minutes ; mais il ne semble pas qu'il y ait là un avantage bien notable.

Donc au bout de dix minutes, on ramène progressivement le milliampéremètre au zéro et en manœuvrant le rhéostat lentement ; on intervertit les pôles soit à l'aide d'un commutateur, soit simplement en fixant à l'acier le pôle positif et au cuivre le pôle négatif par un simple changement de fils. On ramène ensuite le milliampéremètre à 10 ou 12 divisions pendant une, deux ou trois minutes. On revient au zéro de l'instrument et on enlève les aiguilles. L'opération est terminée. Il est prudent de faire un tamponnement un peu serré de la fosse nasale à l'aide d'une mèche iodoformée qui sera laissée 6 à 8 heures en place.

Aussitôt après l'application du courant on peut voir au point même d'implantation de l'aiguille positive une eschare noirâtre de 3 à 4 millimètres de diamètre circonscrivant la trace de la piqûre. L'eschare qui correspond à l'aiguille d'acier est blanche et ne diffère en rien de celles que l'on est habitué à constater après les séances d'électrolyse nasale sur la cloison ou les cornets.

Les résultats ne sont appréciables que de trois à cinq jours après l'électrolyse. Quant à la durée du bénéfice acquis, elle est variable, suivant les cas. Cependant on peut dire, d'une manière générale, qu'il est très rare d'avoir à faire subir au malade plus de six à sept applications.

Les résultats obtenus sont remarquables, surtout si on les compare à ces améliorations momentanées que procurent les autres traitements. Il serait sans doute exagéré de prétendre guérir en une seule séance un ozène atrophiant bien caractérisé et tenace. Mais des applications plus ou moins multipliées du courant continu amènent chez le plus grand nombre des malades la disparition presque complète de la fétidité. L'opération est-elle dangereuse ? On ne saurait proclamer sa complète innocuité, car on note souvent, après des séances un peu prolongées d'électrolyse, des maux de tête, des névralgies dentaires, de la douleur péri-orbitaire. On a observé des accidents du côté de l'oreille. On a cité un cas mortel ; mais les troubles généraux qui ont été signalés sont bien loin d'atteindre en fréquence et en intensité les phénomènes graves consécutifs aux injections de sérum.

D'ailleurs, si l'on excepte la syncope, qui peut survenir au cours de l'opération la mieux réglée, presque tous les accidents décrits sont d'assez courte durée et sans sérieuses conséquences. Toutefois, certaines fautes opératoires peuvent devenir l'origine de complications très fâcheuses.

Aussi faut-il bien mesurer l'intensité du courant au galvanomètre et suffisamment cocaïniser les fosses nasales.

Dr Paul Huguenin.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Pseudo-métrites

par le Dr Paul Petit.

Voici une métrorrhagique qui n'a point de tumeur utérine et ne peut être suspecte de rétention déciduale ; ses annexes semblent saines ; on ne peut invoquer, pour expliquer ses pertes, ni une affection organique entraînant des troubles circulatoires (maladie du cœur, du foie, etc.),

ni l'hémophylie, ni une dyscrasie intercurrente (intoxication, pyrexie, etc.). Dans ces conditions, il est ordinaire que, faisant retour sur l'utérus, et sans autre forme de procès, et qu'il y ait ou non écoulement catarrhal, on déclare l'organe atteint de *métrite hémorrhagique*. Naturellement, on pratique le curettage ; trop souvent, la malade ne guérit pas, mais le diagnostic n'en est pas moins tenu comme exact et, pour un peu, tous les torts seraient pour Récamier s'il n'était aussi l'inventeur d'une autre opération qui vient terminer la scène : l'hystérectomie vaginale.

C'est ici ou jamais le cas de rappeler ce mot du professeur Bouchard « ne voir que l'infection c'est se condamner à une étroitesse de vue qui empêche de comprendre bien des accidents morbides et de les conjurer ». Nous devons admettre en effet qu'à côté des lésions nettement inflammatoires, c'est-à-dire infectieuses, il y a place pour tout un ordre de lésions purement trophiques et qui reconnaissent une tout autre origine.

En ce qui concerne l'utérus, c'est à peine si nous commençons à les dégager ; mais quelques bons esprits s'y emploient, notamment, en France, M. Richelot qui, dans un livre plein d'aperçus lumineux, vient de faire faire un grand pas à la question, tout au moins au point de vue clinique, et j'ai moi-même déjà rompu quelques lances en son honneur.

En résumé, et pour me conformer à l'esprit de ce journal, les lésions dont il s'agit, consistent essentiellement en une *sclérose péri vasculaire systématique* débutant par la congestion simple pour aboutir à l'atrophie. Il n'est pas dit que ce stade terminal doive être toujours atteint et ce qui frappe, au contraire, dans un bon nombre de cas déjà anciens, c'est l'intégrité ou même l'hypertrophie des éléments nobles, muscles et glandes. Au reste, ce travail d'angiosclerose s'étend souvent aux ovaires, qui sont scléreux ou scléro-kystiques ; il peut même s'étendre à tout le bassin, (varicocèle pelvien), sans qu'il y ait trace d'infection du péritoine ou du tissu cellulaire. A la congestion (l'engorgement de l'utérus des anciens auteurs), stade prémonitoire de la sclérose utérine, correspond cet état œdémateux des ovaires que j'ai le premier décrit, je crois, dans le varicocèle pelvien, et qui représente l'un des stades initiaux de la sclérose ovarienne.

M. Richelot s'est particulièrement attaché à décrire les troubles de congestion simple de l'utérus chez les vierges. « Lorsqu'on interroge ces malades » dit-il, « on apprend qu'elles ont eu leurs premiers troubles au moment de l'apparition des règles, que leur menstruation s'est établie difficilement et qu'elle est toujours restée irrégulière, insuffisante ou profuse. Dans l'intervalle des époques, elles se plaignent de pesanteurs, de fatigues, de douleurs sourdes ou lancinantes irradiant au périnée, aux cuisses, à la région lombaire. Par l'exploration bi-manuelle, il n'est pas toujours facile d'apprécier le volume de l'utérus, mais on peut, avec de l'attention, constater qu'il est globuleux et dur ; à certains moments le toucher est très pénible, et tout l'appareil génital est d'une exquise sensibilité. Le col est tantôt rond, normal, tantôt violacé, turgescent ; ni érosions, ni ulcérations ; à l'orifice, une goutte de mucus clair... »

Dans les cas de sclérose confirmée, j'ai nettement dégagé, dans ma pratique, les formes suivantes :

1° *Hypertrophie interstitielle de l'utérus* (*ou utérus fibromateux, utérus géant*) : Gros col, corps globuleux et volumineux, tous deux de consistance ferme ou élastique ; ordinairement douleurs provoquées par la pression du corps utérin ; ordinairement, mais pas toujours, métrorrhagies remontant à une période éloignée voire à la puberté ; canal intra-utérin absolument lisse, c'est-à-dire muqueuse plutôt atrophiée, ne donnant au curettage explorateur que des lambeaux insignifiants ; pas trace de sécrétion pathologique du col ; pas de passé inflammatoire ; coïncidence ou non de lésions scléreuses ou scléro-kystiques des ovaires ; échec constant du curettage thérapeutique dirigé contre les pertes sanguines.

2° *Hypertrophie utérine avec adénome endométritique*. Mêmes lésions que dans la forme précédente, plus l'hypertrophie de la muqueuse ; mêmes symptômes, sauf qu'il y a *toujours* des ménorrhagies abondantes et prolongées qui cèdent au curettage d'une façon définitive ou temporaire - en ce dernier cas, il y a ordinairement reproduction de l'hyperplasie muqueuse, après échec des curettages, mêmes suivis de badigeonnages cathétériques, que l'on croit devoir pratiquer avant d'enlever l'utérus ; on constate aussi la coïncidence de lésions scléro-kystiques des ovaires, surtout s'il existe des pertes intermenstruelles.

3° *Sclérose atrophique de l'utérus* ; toujours pas de passé inflammatoire ; utérus induré et atrophié ; pas de sécrétions ; ordinairement dysménorrhée, parfois, au contraire, ménorrhagies.

Reste à discuter l'interprétation de ces faits : M. Richelot n'hésite pas à les attribuer en bloc au *neuro-arthritisme*. Ce qu'on peut objecter, c'est que, dans le nombre de ces dystrophiques, il en est, parmi celles qui souffrent plus qu'elles ne devraient, qui se contentent d'être nerveuses, et d'autres, parmi les métrorrhagiques, qui ne sont pas même des arthritiques.

Et la syphilis ? D'après les récents travaux de mon savant ami Barthélemy, en France, de Spinelli, Morisani en Italie, il semble qu'on y doive penser beaucoup plus souvent qu'on ne croirait.

Quant au lymphatisme, l'utérus congestionné, l'utérus géant, n'est point son fait. Mais il pourrait bien favoriser la production de l'adénome utérin, engendrer ou tout au moins entretenir le catarrhe cervical.

De même, si le neuro-arthritisme ne peut produire la véritable métrite, il en modifie singulièrement l'évolution, exacerbant les douleurs et le catarrhe et donnant lieu à tout cet ensemble de troubles concomitants désignés à tort sous le vocable de « symptômes généraux de la métrite » : névralgie lombo-abdominale, ectasie gastro-intestinale, entérite muco-membraneuse, palpitations, neurasthénie et le reste.

Comment distinguer, d'une façon générale, les pseudo-métrites des métrites infectieuses ? En se basant surtout sur les commémoratifs : pas de passé inflammatoire ; pas de coït ni de contact avec des blennorrhagiques ; existence de métrorrhagies depuis l'établissement de la puberté ; — sur l'absence de lésions inflammatoires : pas de catarrhe muco-purulent, pas de cicatrices, d'é-

rosions ou d'ectropion du col, pas de périmétrite ; — parfois sur le développement tout à fait exagéré de l'organe coïncidant avec une grande souplesse qui porte à admettre la prédominance de l'hyperplasie musculaire sur le travail de sclérose, ce qui n'est pas le propre de la métrite (entre un état pareil et le myome, il n'y a qu'une différence de degré).

Le diagnostic général une fois porté, il faut absolument rechercher les stigmates du neuro-arthritisme et de la syphilis acquise ou héréditaire. Si cette dernière diathèse est en cause, les effets du traitement, qui sont parfois d'une rapidité surprenante, ont une valeur pathognomonique ; il faut également considérer comme un signe des plus importants les avortements répétés.

Les considérations qui précèdent me permettront d'être bref sur le traitement. A l'angiosclérose syphilitique convient le mercure ou le traitement mixte, suivant l'ancienneté de la maladie.

Le neuro-arthritisme est-il en cause et avez-vous affaire à ces congestions utérines à grand fracas dont il a été plus haut question ? Gardez-vous de bourrer la malade de fer et de quinquina, ainsi qu'on le fait trop souvent et sans discernement. Insistez plus que d'habitude sur la médication décongestive : repos ; injections vaginales et rectales chaudes ; bains tièdes ; tampons glycérinés ; veillez à la circulation intestinale.

Vous diminuerez les pertes sanguines en donnant dans les cas ordinaires 20 gouttes, toutes les 6 heures, d'extrait fluide d'hydrastis canadensis dans un peu d'eau, et dans les cas plus sérieux, une injection sous-cutanée de 0 gr. 10 de chlorhydrate d'hydrastinine, une ou deux fois par jour. Richelot donne la préférence au sulfate de quinine. L'hamamélis a aussi du bon, surtout quand il y a coexistence du varicocèle pelvien, ce que vous soupçonnerez, entre autres signes, à la coloration bleuâtre de la vulve. Je suis toujours satisfait, pour l'hémostase provisoire, en ce cas, du badigeonnage intra-utérin avec l'eau oxygénée à 20 volumes, petit moyen dont j'ai signalé, il y a 5 ans déjà, l'efficacité ; la solution de ferripyrine à 1/5e peut servir dans le même but.

La crise passée, on se trouvera bien du massage, d'une cure thermale à Néris, Plombières, Luxeuil.

La sclérose neuro-arthritique est-elle déjà constituée ? Les moyens locaux prendront plus d'importance. S'il y a hyperplasie de la muqueuse, évidemment il faut la curetter, mais ne vous étonnez pas de voir récidiver la lésion et son symptôme : la métrorrhagie. Encore une fois, celle-ci peut exister sans adénome et, en pareil cas, le curettage ne sert à rien. M. Richelot conseille, pour déterminer l'atrophie du corps utérin, l'amputation sus-vaginale du col ; mais la sous-vaginale m'a très souvent suffi.

Il est fréquent, ainsi que je l'ai signalé, de constater la coexistence de l'ovarite scléro-kystique : la lésion est elle volumineuse et la malade en souffre-t-elle sérieusement, ce dont vous vous rendrez compte par la constatation, non seulement de la douleur pelvienne spontanée et provoquée, mais aussi de ses irradiations fémorales, de l'état nauséeux, faites, d'emblée, la castration totale. Au contraire, les kystes sont-ils peu nombreux et de petit volume, les douleurs modérées ? ne suivez la même conduite que s'il y a persistance de ménorrhagies, et surtout de métrorrhagies intermenstruelles, après plusieurs curettages ou 5 ou 6 mois après une amputation du col. Si les ovaires paraissent sains, vous pourrez vous borner, le curettage et l'amputation du col ayant échoué, à forcipresser pendant 48 heures les deux pédicules hypogastriques, après avoir désinséré le vagin et décollé la vessie de l'isthme.

Dr Paul Petit.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
d'Intérêt professionnel.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

La Caisse des pensions vient enfin d'entrer dans une période qui, il faut l'espérer, va être définitive. Elle a dû se mettre d'accord avec la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels : et après bien des démarches, elle a fini par obtenir l'autorisation de ses nouveaux statuts établis en conformité de la loi précitée.

En date du 14 novembre 1901, le ministre de l'Intérieur a signé le décret d'approbation de ce nouveau règlement.

Quelles sont les modications principales qui établissent une différence de situation entre les adhérents avant le 14 novembre 1901 et les adhérents après ce même jour ?

Elles sont au nombre de deux.

1° Les adhérents doivent faire partie de l'Association générale avant leur entrée. (Les adhérents avant le 14 novembre devront faire partie de l'Association, mais si leur adhésion à la caisse est antérieure à leur entrée dans l'association, ils n'ont pas de droit d'entrée à payer.)

2° Les adhérents après le 14 novembre 1901 doivent avoir 15 ans de participation au lieu de 10 pour avoir le droit à la retraite. (Loi du 1er avril 1898).

Tous les adhérents sont actuellement soumis au même régime financier : c'est-à-dire qu'il n'y a plus de Caisse de secours prélevée sur les recettes, plus de Caisse auxiliaire. Tout l'argent versé par le recouvrement des primes est attribué aux pensions. Les secours seront pris sur une Caisse alimentée par des dons volontaires.

Je crois qu'il est bon de profiter de cette occasion pour rappeler les bases et le fonctionnement de notre société.

1° Les tarifs établis dans les différents tableaux sont basés sur ce principe qu'à 60 ans d'âge, les adhérents, quelle que soit la date de leur entrée dans l'Association, auront versé la même somme pour toucher la même pension.

2° Il faut, pour pouvoir toucher une pension de retraite, avoir fait 15 versements complets et annuels et avoir au moins 60 ans. Donc les médedecins qui entreront dans la caisse après 45 ans, ne toucheront leur retraite qu'après 60 ans.

3° La retraite est proportionnelle aux versements. Si un médecin a fait tous les versements réglementaires comme quantité et argent, il a droit à une retraite de 1200 fr. S'il n'a fait que 15 versements, il aura une retraite proportionnelle à ses versements. En d'autres termes, il faut avoir versé 7000 fr. pour avoir 1200 fr. de

rente viagère, celui qui n'aura versé que 3500 fr. ne touchera que 600 fr.

4° Examinons les différents tarifs des primes par rapport aux Compagnies d'assurances françaises ou à la Caisse de la vieillesse.

Prenons un médecin entrant dans l'Association de la caisse à 40 ans ; il aura, jusqu'à 60 ans, à payer une prime annuelle de 309 francs pour toucher, s'il a fait ses 20 versements réguliers, à 60 ans, une rente viagère de 1.200 fr.

Si le médecin, au lieu de venir à notre caisse, prend à une Compagnie d'assurances une *rente viagère différée* (qui correspond à notre caisse) à 40 ans pour toucher à 60 ans une rente viagère de 1200 fr., il devra payer annuellement 29 f. 85 × 12 = 358 fr. 20, soit plus de 50 fr. par an en sus. A la caisse de la vieillesse, d'après le tarif (tableau III) de cette compagnie, la rente viagère produite par un versement annuel de 10 fr. jusques et y compris l'année de la jouissance donne à 40 ans pour 60 ans, une rente de 34 fr. 48 : par conséquent un versement de 309 fr. par an (prime de la Caisse) donnerait :

344.80 × 309 = 1.065 fr. 43.

Donc, si le médecin, au lieu de s'adresser à notre Caisse, s'assure à une compagnie d'assurances, il paiera soit une prime annuelle plus forte pour avoir la même rente, ou s'il s'adresse à la Caisse de la vieillesse, il aura une retraite moins forte tout en payant la même prime.

Et ce n'est pas tout : dans une Compagnie d'assurances, la cessation momentanée des paiements entraîne la perte des versements déjà faits : tandis qu'à notre Caisse, l'adhérent n'est jamais rayé. Il ne peut, il est vrai, toucher la retraite qu'après 15 versements réguliers et 60 ans d'âge, mais s'il les a fait et eux seulement, même en 20 ans, il touchera une retraite proportionnelle. Il peut toujours faire ultérieurement les versements en retard, en payant un intérêt.

A la Caisse de la vieillesse, la prime annuelle ne peut pas dépasser 500 fr. Chez nous, un médecin à 40 ans, par exemple, peut verser 4 primes, c'est-à-dire 4 fois 309 fr. pour toucher à 60 ans, 4 retraites soit 4800 fr.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nos fonds sont placés en valeurs de tout repos et, étant nominatifs (au nom de la Caisse), offrent les mêmes garanties que les Caisses citées.

Le lecteur se rendra parfaitement compte de cette différence quand il réfléchira à ceci : nous n'avons ni courtage, ni dividende, ni frais généraux à payer : (nos adhérents n'ont en outre pas de prix de contrat à payer.)

5° Les femmes des médecins peuvent s'assurer à notre Caisse et quelle que soit la situation que les hasards de la vie peuvent leur créer, elles ont les mêmes devoirs et les mêmes droits que les médecins adhérents.

L'Association générale des médecins de France et la Caisse des pensions se sont réunies pour ne former qu'une société tout en conservant chacune leur autonomie propre. Il y a lieu d'espérer qu'elles se prêteront un appui mutuel pour délivrer le médecin des soucis matériels de l'avenir.

Il est nécessaire d'ajouter un mot : actuellement, le médecin qui débute a un avantage considérable sur ses devanciers dans la carrière. Il peut assurer sa vieillesse, il peut se garantir contre la maladie. S'il veut participer à une Association basée sur des dons volontaires, il a l'Association générale : s'il veut s'assurer des privilèges de droit, il a des sociétés basées, comme des compagnies d'assurances, sur des primes à payer, primes établies scientifiquement (Caisse des pensions, Indemnité maladie) (1).

Le secrétaire général,
Dr Delefosse.
22, place Saint-Georges, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Commission de Prophylaxie au Ministère de l'intérieur. — Est constituée près du ministre de l'intérieur une commission chargée de l'étude des différentes questions relatives à la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes et notamment de faire une enquête sur la fréquence de ces maladies, sur les institutions existant en France pour leur traitement et sur les meilleurs moyens, législatifs ou administratifs, d'en prévenir la propagation.

Sont nommés membres de cette commission :

M. le prof. Fournier, président.
M. Auffret, dir. du serv. de santé au ministère de la marine.
M. Balzer, méd. de l'hôp. Saint-Louis.
M. Barthélemy, membre de la société de prophylaxie sanitaire et morale.
M. Bérenger, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.
M. le Dr Borne, député.
M. le prof. Brouardel.
M. Bruman, dir. de l'administration départementale et communale.
M. Descouts, méd. du dispensaire de Paris.
M. Dieu, dir. du serv. de santé au ministère de la guerre.
M. Honnorat, chef de division à la préfecture de police.
M. le prof. Landouzy.
M. Le Pileur, médecin de Saint-Lazare.
M. Lépine, préfet de police.
M. Mercier, dir. des aff. civiles et du sceau, au ministère de la justice.
M. H. Monod, dir. de l'assist. et de l'hyg. publiques.
M. Mourier, dir. de l'admin. gén. de l'Assistance publique à Paris.
M. le prof. Pinard.
M. le prof. Pozzi, sénateur.
M. Proust, insp. gén. des serv. sanitaires.
M. Rendu, membre de la Soc. des hôpitaux.
M. Roux, sous-dir. de l'Institut Pasteur.

Assisteront à cette commission en qualité de secrétaires avec voix consultative :

M. le Dr Ed. Fournier ;
M. Tissier, audit. au conseil d'Etat et au comité consult. d'hyg. publique de France.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4767. — M. le docteur Faure, de Lyon (Rhône), membre du Syndicat des médecins de Villeurbanne.

N° 4768. — M. le docteur Crouzet, de Creil (Oise), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de l'Oise.

N° 4769. — M. le docteur Lucas, de Paris, présenté par M. le docteur Tison, de Paris.

N° 4770. — M. le docteur Ramond, de Ponthierry (Marne), présenté par M. le docteur Gouffier, de Neuilly-sur-Seine.

(1) Les nouveaux statuts sont à l'impression. Les anciens ne peuvent être utilisés, momentanément, que pour les tarifs des primes.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 3 18 JANVIER 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une habitude à prendre.

« Cher et honoré Directeur,

« Je suis revenu sur mon opinion au sujet du jeune confrère, que la vengeance politique m'a jeté dans les jambes. J'ai conféré depuis avec lui. Il m'a paru très aimable, mais pas du tout au courant des zizanies politico-électorales qui infestent les campagnes et dans lesquelles le médecin se trouve souvent engagé malgré lui. Je l'ai engagé, pour s'éclairer, à se mettre en rapport avec les présidents des syndicats de la région et à lire assidûment le *Concours*.

« Agréez, etc. »

La lettre qui sert de prétexte à ce propos du jour n'est pas une exception, elle est l'expression de faits qui se rencontrent journellement.

Un médecin habite une localité depuis 10 ou 15 ans ; il y vit modestement en fatiguant ses deux chevaux quand, un beau jour, il voit arriver dans le pays un jeune confrère qui, pour frais généraux s'offre un loyer de 300 fr. et une bicyclette.

Le médecin établi dans le pays a le tort de manifester publiquement son mécontentement et de déclarer qu'il considère le nouveau médecin comme un intrus.

Le jeune confrère arrivait animé des meilleures intentions, mais décidé cependant à se faire une place au soleil ; il s'était promis de faire, en arrivant, une visite à son aîné.

En présence d'une attitude qu'il pressent hostile, il hésite et finalement, s'abstient. Q'arrive-t-il alors ? Comme les clients ne lui viennent pas assez vite au gré de ses désirs, il s'arme de courage. Au lieu de faire une visite à son confrère, sa première visite est pour le président de la Société de secours mutuels. Il écoute les propositions des représentants des Compagnies d'assurances, consent un rabais sur des prix déjà bien modestes et, une fois engagé dans la série des concessions, il ne s'arrête plus, il abaisse ses prix imitant les pratiques des épiciers qui veulent se créer une clientèle.

Son confrère, pour tuer la concurrence, abaisse également ses prix, quand il n'arrive pas à faire des visites gratuites ou à supprimer l'envoi de ses notes d'honoraires — mesure qui conduit au même résultat.

Voilà la médecine avilie et les deux médecins participent à cet avilissement, car le client simpliste ne manque pas de se tenir le raisonnement suivant : si le Dr X. ne me demande rien pour ses conseils, c'est évidemment, parce que c'est là le taux auquel il les estime.

Trois semaines ou trois mois après, les deux médecins se rencontreront au lit d'un malade. Ils se diront *in petto* qu'ils valent mieux que la réputation qu'on leur a faite, qu'une entente cordiale eût été bien préférable à une guerre qui a accumulé des ruines, que des années ne suffiront pas à réparer.

Eh bien ! voilà la réforme à accomplir dans les mœurs médicales de notre temps.

Il ne faut pas attendre la visite du jeune médecin bien intentionné, mais mal conseillé et timide.

Il faut aller à sa rencontre, lui tendre la main,

l'enrégimenter dans le Syndicat, se faire de suite, de cet ennemi possible, un allié.

Nous éviterons ainsi des malentendus, des erreurs regrettables, et nous obtiendrons, par cette manière d'agir, le relèvement d'une profession qui, pour rester honorable, doit être honorée comme elle mérite de l'être.

Dr H. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Lavement de glycérine comme procédé eutocique.

M. le Dr *Moret*, à Courlon (Yonne), indique, dans une lettre adressée au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, un nouveau procédé eutocique, qu'il n'a vu signalé nulle part et dont il se sert avec le plus grand succès.

« Il consiste à administrer à la parturiente, au début du travail et ensuite toutes les fois que les contractions se relâchent, un petit lavement de 8 grammes de glycérine très pure à 30 degrés, au moyen de la seringue *ad hoc* dite pneumatique.

« On sait comment la glycérine introduite pure dans le rectum agit : c'est en soustrayant à la muqueuse de l'eau dont elle est très avide qu'elle excite violemment l'appareil rectal. Elle détermine aussitôt des contractions qui, grâce à la synergie physiologique des deux organes, se transmettent presque aussitôt à l'utérus. Ce moyen m'a toujours réussi à obtenir une reprise du travail quand celui-ci devenait languissant. Il est sans grande douleur pour la femme, et je ne lui ai jamais trouvé d'inconvénient. Aussi quand je suis appelé auprès d'une parturiente, je ne manque jamais d'emporter une seringue et de la glycérine.

« Je m'en sers également pour donner un lavement au nouveau-né, qui, en cinq minutes, avec 4 grammes de glycérine, a expulsé son méconium presque complètement. Le résultat est que le bébé ne pousse plus de cris pendant les vingt-quatre premières heures (cris causés par des coliques). Il dort tranquille et... la maman aussi. La miction se fait en même temps, et depuis que j'ai adopté cette pratique, jamais je n'ai eu à intervenir après un accouchement pour un enfant ayant des coliques ou n'ayant pas encore uriné vingt-quatre heures après sa naissance.

« Ce sont de petits moyens, dira-t-on. Je répondrai qu'en thérapeutique rien n'est à dédaigner, pas même ou même surtout les petits moyens. »

L'eau oxygénée boriquée.

D'après MM. *Ruault* et *Lépinois* dans le *Mois Médical*, on prépare l'eau oxygénée boriquée de la façon suivante :

On prend de l'eau oxygénée du commerce, et on s'assure qu'elle est titrée à 10 volumes. Puis on la neutralise complètement. Pour cela, après l'avoir additionnée de quelques gouttes d'une solution alcoolique au 30e degré de phtaléine du phénol (5 à 6 gouttes suffisent pour un demi-litre d'eau oxygénée), on y ajoute peu à peu, par petits fragments, de la soude caustique pure, jusqu'à ce que le liquide prenne une coloration légèrement rosée. Immédiatement, on y dissout, à froid, 3 p. 100 d'acide borique, ce qui ne demande que quelques minutes.

Le liquide ainsi obtenu est limpide, incolore, et sa saveur est à peu près nulle, bien que sa réaction au papier de tournesol soit nettement acide. On peut se laver la bouche longuement avec le produit pur, sans ressentir aucune sensation aigre ou désagréable. Le liquide mousse fortement au contact de la muqueuse buccale. Il en est de même lorsqu'il est mis en rapport avec une muqueuse cruentée (après la discision ou le morcellement des amygdales, ou dans le nez en cas d'épistaxis). Il a donc, comme l'eau oxygénée du commerce, la propriété de se dé-

FEUILLETON

L'obstétrique à travers les âges.

Sages-femmes d'antan.

Le prophète Ezéchiel est le plus ancien auteur qui ait fait mention des sages-femmes. Ezéchiel a vécu vers l'an du monde 3360, environ 600 ans avant Jésus-Christ et il est, par conséquent, beaucoup plus ancien qu'Hippocrate. Ce prophète ne parle des sages-femmes que par occasion, lorsque, voulant faire sentir l'ingratitude de Jérusalem, il compare l'état misérable où elle était quand Dieu la prit sous sa protection, à un enfant nouveau-né qu'on va exposer et à qui on ne daigne pas couper le cordon ombilical (*cui in die ortus sui non est præcisus umbilicus*).

Mais la première sage-femme dont il soit parlé *sous ce nom* est celle qui assiste au second accouchement de Rachel, femme de Jacob (*Genèse* chap. XXXV, vers. 16 et suiv.). Cette sage-femme, pour l'encourager, eut beau lui annoncer qu'elle accouchait d'un garçon, Rachel expira en le faisant.

Il est parlé, dans la *Genèse*, d'une autre sage-femme, à l'occasion des couches de Thamar, qui accoucha de deux jumeaux ; mais la mention la plus honorable pour les sages-femmes est celle qu'on trouve dans l'*Exode*, où le Pharaon qui régnait en Egypte et voulait faire périr les Hébreux, commanda aux deux sages-femmes, que l'Ecriture nomme Siphra et Phuha, de faire périr tous les enfants mâles des femmes des Hébreux, à quoi elles n'eurent garde d'obéir. Ce sont des femmes, de même, qui assistèrent la femme de Phinée, fils d'Héli, grand-prêtre des Hébreux, dans le malheureux accouchement qu'elle fit à la nouvelle de la prise de l'Arche. Dans tous ces endroits, les sages-femmes portent le nom féminin de *Mejalledeth*.

Chez les Grecs, on les appelait Μαῖαι ou Ιατρομαῖαι, c'est-à-dire *mamans ou grands-mamans*, ou en-

composer, en dégageant son oxygène, en présence du sang et des matières azotées collagènes (mucus buccal). Conservé en flacon bouché au liège ou à l'émeri, ou en ampoules scellées à la lampe, il présente de même une stabilité qui ne paraît pas moindre que celle de l'eau oxygénée ordinaire, tout au moins pendant les deux semaines qui suivent le jour de sa préparation. En effet, le dosage de l'oxygène, fait chaque jour, pendant une semaine, et ensuite tous les deux jours pendant la semaine suivante, a montré que l'eau oxygénée avait conservé son titre à quelques dixièmes près, aussi bien et dans les mêmes conditions que celle du commerce servant de témoin.

Au point de vue clinique, la tolérance de la muqueuse bucco-pharyngée pour l'eau oxygénée boriquée à 12 volumes est parfaite, ce qui assure à ce produit une supériorité incontestable sur l'eau oxygénée ordinaire, dans le traitement des inflammations de la muqueuse buccale et du pharynx, et dans tous les cas où l'eau oxygénée est indiquée.

Trépanation de l'apophyse mastoïde.

Le *Journal des Praticiens* publie une revue des procédés proposés par le Dr Broca pour la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Le choix sera guidé par les considérations suivantes : on doit avoir comme but initial la recherche de l'antre ; cette recherche doit être faite par voie rétro-auriculaire ; l'incision rétro-auriculaire sera rapprochée autant que possible du pavillon ; on ouvrira largement toutes les cavités osseuses où le pus peut être retenu.

L'antre est la seule cellule constante dans son existence, et à peu près constante dans ses rapports. Aussi doit-on abandonner le procédé de délaissement qui ouvre les cellutes de la pointe, celles-ci étant inconstantes. Il en est de même du procédé qui consiste à ouvrir l'antre par le conduit auditif pour éviter le sinus, car si l'on s'éloigne du sinus, on se rapproche du facial. La voie rétro-auriculaire est préférable, le seul danger qu'elle présente est la blessure du sinus ; pour l'éviter il faut inciser juste dans le sillon rétro-auriculaire et en outre refouler avec une rugine le pavillon en avant, jusqu'à voir le commencement de l'entonnoir du conduit. Le système cellulaire étant tres complexe, très variable, certains groupes ne communiquent que fort étroitement avec l'antre : pour assurer un drainage efficace, il faut faire sauter successivement toute les lames osseuses qui séparent les cellules l'une de l'autre ou de l'extérieur. Il faut créer une cavité unique, largement ouverte en arrière du conduit.

La technique de l'opération typique est la suivante :

L'incision cutanée sera tracée juste dans le sillon rétro-auriculaire, elle doit mesurer toute la hauteur de l'apophyse et se recourber au-dessus du conduit. Cette incision doit intéresser, en un seul temps, tous les plans, périoste compris ; la section de l'artère auriculaire postérieure ou de ses branches donne lieu à une hémorrhagie notable dont il ne faut pas s'inquiéter.

Dans un deuxième temps, on dénude, de quelques coups de rugine, toute la région de l'apophyse et du conduit, jusqu'à voir le contour de l'entonnoir osseux, son bord supérieur, l'épine de Henle. On a ainsi nettement sous les yeux le champ opératoire et l'on peut alors faire facilement l'hémostase.

On vérifie avec l'ongle les repères osseux, la ligne temporale, l'épine de Henle, si le sujet est peu âgé, la ligne de la suture mastoïdo-squameuse, le contour postérieur et supérieur du conduit osseux. On peut avec ses repères aller à coup sûr à la recherche de l'antre.

D'après Broca, le seul instrument convenable est le ciseau à froid actionné par le petit maillet en plomb.

Chez l'adulte, on doit agir sur un carré d'environ 1 centimètre de côté, situé à 6 millimètres en arrière de la moitié supérieure du conduit

---

core ὀμφαλοτόμοι, c'est-à-dire *coupeuses de nombril.* Phanérète, mère de Socrate, était sage-femme. Platon parle au long des sages-femmes ; il en explique les fonctions, il en règle les devoirs, il marque qu'elles avaient à Athènes le droit de proposer ou d'assortir les mariages. Il faut avouer qu'à ce point de vue, leur influence a bien baissé. Hippocrate fait mention des sages-femmes, de même qu'Aristote et Galien.

On connaît encore mieux les usages des Romains et l'on sait qu'il n'y avait chez eux que des sages-femmes. Les seules comédies de Plaute et de Térence en fournissent la preuve. On y voit que ce sont toujours des sages-femmes qu'on appelle pour secourir des femmes qui accouchent. D'ailleurs, Pline parle, plus d'une fois, dans son *Histoire naturelle*, des sages-femmes. Enfin on trouve dans Gruter, Gaspard Bartholin, plusieurs inscriptions sépulcrales où il est fait mention des sages-femmes, qui y sont nommées et dont le nom latin est toujours orthographié par un *p*, *opstetrix*, ce qui semble prouver que ce nom venait de *ops*, *opis* et de *sto*, pour *præsto*, et signifiait *une femme qui secourt.*

Le même usage se soutint dans la décadence de l'empire. Ammius Marcellin affirme qu'Eusébie, femme de l'empereur Constance, jalouse de la fécondité d'Hélène, femme de Julien l'Apostat, gagna la sage-femme qui devait l'accoucher dans les Gaules, où son mari commandait, et l'engagea à faire mourir l'enfant dont elle accoucherait, en coupant trop court le nombril.

C'est une femme nommée Trotula qui, dans le XIIe siècle, semble avoir écrit le premier traité particulier des accouchements.

Il paraît certain que, dans l'antiquité, les nations connues et civilisées n'ont admis que des femmes pour secourir les femmes en couches. En Espagne on les appelle *comadré* ou *partera* ; en Italie, *comaré* ou *levatrici* ; en France, *matrones* ou *sages-femmes* ; en Angleterre, *midwifes* ; en Allemagne, *Hebammen*, de *haben*, lever.

Ce n'est pas qu'il n'y eût, en ce temps-là, surtout dans les grandes villes, des chirurgiens qui s'appliquassent à l'art d'accoucher et qui en fissent une étude particulière. Mais on ne les appelait que dans les cas difficiles, alors qu'il s'agissait d'appliquer les crochets, becs-de-corbin, et autres instruments qu'on trouve détaillés dans Ambroise Paré.

affleurant en haut la crête sus-mastoïdienne, ou ligne temporale.

On prendra un ciseau d'environ un centimètre de large, et on l'appliquera bien perpendiculairement à l'os, à 5 millimètres du conduit marqué par l'épine de Henle, parallèlement à la circonférence de ce conduit, et l'angle supérieur à hauteur du pôle supérieur du conduit. En deux ou trois coups bien secs de maillet, on le fait pénétrer à 2 ou 3 millimétres de profondeur. On agit de même sur le bord supérieur du carré d'attaque, c'est-à-dire un peu au-dessus de la crête sus-matoïdienne, puis sur le bord inférieur, c'est-à-dire à 1 centimètre au-dessous de la crête et parallèlement à elle. Pour ces deux traits, le ciseau est également tenu perpendiculairement à l'os.

Reste le côté postérieur du carré, que rend dangereux le sinus latéral, quoique le danger soit rare à 15 millimètres en arrière du conduit. Pour fermer le carré on tiendra le ciseau assez obliquement, 45 degrés environ, et en quelques coups bien secs on fera sauter le carré de corticale.

Souvent on sera tout de suite dans l'antre, mais souvent aussi on devra creuser plus loin ; on le fera prudemment, toujours au ciseau et au maillet, millimètre par millimètre, en poussant le travail également sur tous les bords en profondeur, mais non en largeur. A partir de 1 centimètre de profondeur, en effet, on se méfiera de plus en plus ; en raison du facial en bas et en avant, du sinus en arrière, on respectera ces régions et on transformera le carré en entonnoir, on burinera en haut, en avantet en dedans, en se portant vers la région de l'aditus. Pour cela, on se servira d'un ciseau large de 4 à 5 millimètres.

Chez l'enfant on se servira exclusivement de ces petits ciseaux, le carré d'attaque ne devant avoir que 5 millimètres de côté.

On ne se servira de la cuvette que chez l'enfant au-dessous d'un an. On ne doit pas s'occuper primitivement des lésions de la corticale, dénudation ou fistule, à moins qu'elles ne répondent au siège bien repéré de l'antre ; toute opération bien conduite doit commencer par la recherche de l'antre au lieu d'élection. Le temps suivant consiste à mettre à jour toutes les cellules secondaires sans laisser un cul-de-sac où le pus puisse stagner.

On effondrera facilement, à la curette, les minces cloisons qui séparent les cellules ; le protecteur de Stacke donne une sécurité absolue. On insinue le bec de l'instrument sous la corticale, en bas d'abord, vers la pointe, puis en arrière vers le sinus, et sur ce bec, qui empêche toute pénétration intempestive dans la profondeur, on détruit, à petits coups de ciseau, les cloisons osseuses ainsi constituées.

Reste à examiner la cavité osseuse ; pour cela il faut qu'elle soit exsangue. ce qu'on obtient en faisant une légère compression avec de la gaze stérilisée.

Broca ne lave jamais et a renoncé à la réunion immédiate. Il se contente de tamponner la cavité à la gaze iodoformée, et de faire un pansement compressif : en faisant le pansement on a soin de mettre une mèche de gaze dans le conduit.

Le citrophène.

D'après M. le Dr *Alfred Lefebvre*, de Paris, le citrophène est un médicament employé avec succès dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et surtout subaigu, lorsque la maladie a une tendance à marcher vers la chronicité. Il est d'une innocuité absolue et d'une tolérance parfaite.

Il est doué d'une action analgésique remarquable, qui en fait un remède efficace dans toutes les névralgies et contre la douleur, en général.

C'est aussi un bon antipyrétique qui, comme tel, peut être employé dans toutes les maladies fébriles.

Le citrophène ($C^{12} H^{14} O^{5}$) est un produit de

Il est certain que Marie-Thérèse d'Autriche, femme de Louis XIV, n'a jamais employé que des femmes dans ses couches et l'on juge bien que l'exemple de la reine décidait de la conduite des princesses et des dames de la Cour et, de proche en proche, de toutes les femmes de la ville. L'emploi des chirurgiens ne semble pas remonter plus haut que les premières couches de Mme de la Vallière en 1663. Comme elle souhaitait le plus grand secret, elle fit appeler Julien Clément, chirurgien qui avait de la réputation. On le conduisit, avec le plus grand mystère, dans une maison où Madame de la Vallière avait le visage couvert d'une coiffe, tandis que le roi était enveloppé dans les rideaux du lit. Clément fut employé dans les autres couches de la même dame, qui ne furent pas aussi secrètes, mais qui eurent le même succès, ce qui donna de la réputation à l'accoucheur, et mit les princesses dans le goût de se servir des chirurgiens dans leurs accouchements. Comme cela se mit bientôt à la mode, on inventa le nom d'accoucheurs, pour signifier cette classe de chirurgiens. On ne tarda pas, dans les pays étrangers, à adopter le même usage ; en l'adoptant, on adopta aussi celui d'accoucheurs, quoiqu'il ne fût pas dans le génie de leurs langues. Il est vrai qu'on a mieux aimé, en Angleterre, les appeler *Men midwifes*, c'est-à-dire *hommes sages-femmes*, ce qui est, en somme, peut-être préférable, car ce terme nous donne tout au moins la clef de cet esprit méticuleux et fureteur, de cette exquise urbanité, de cette onction tenant tout à la fois de la grâce féminine et de la politesse de l'homme et qui constitue, dans notre pays du moins, la caractéristique de tout confrère qui se livre, de façon exclusive ou, tout au moins prépondérante, à la pratique de l'art obstétrical.

J'ajouterai, en terminant, pour qui serait stupéfié de mon érudition, que, à part quelques réflexions sans valeur, je me suis borné à choisir et à copier à la lettre les renseignements que donne, sur la question, Astruc, professeur royal de médecine et médecin consultant du roi, dans son traité *de l'art d'accoucher, réduit à ses principes* (1766).

Dr Paul Petit.

---

synthèse, récemment découvert par le docteur Roos, de Francfort-sur-le-Mein.

Chimiquement c'est un citrate de monophénétidine.

Physiquement, c'est une poudre blanche, inodore, d'une saveur légèrement acidulée et rappelant un peu celle de l'acide citrique.

Il est soluble dans 50 parties d'eau bouillante, dans 250 parties d'eau froide, plus facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique, et peu soluble dans l'alcool.

La dose de citrophène à administrer en vingt-quatre heures est de 1 à 3 grammes pour les adultes, par prises de 50 centigrammes, et de 0 gr. 60 à 1 gramme pour les enfants par prises de 20 centigrammes.

Le citrophène étant relativement peu soluble dans l'eau, il n'est guère facile de l'administrer en potion. La façon la plus simple est de l'ordonner soit en cachets de 0 gr. 50 pour les adultes, et de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 pour les enfants, — soit en paquets contenant les mêmes doses, et qu'on fait dissoudre au moment du besoin dans un demi-verre d'eau de Seltz ou de limonade gazeuse. En employant ce dernier véhicule où le citrophène se dissout facilement, grâce à la présence de l'acide carbonique, le médicament est très agréable à prendre, ce qui en rend l'administration particulièrement facile chez les enfants et les personnes difficiles et pusillanimes.

Le citrophène est absorbé rapidement par les voies digestives. En effet, vingt minutes après son administration, sa présence peut être décelée dans l'urine au moyen du perchlorure de fer. Sous l'action de ce réactif, les urines prennent une couleur rouge vineux.

Le seul inconvénient du citrophène est de provoquer parfois des sueurs fort abondantes.

Ce n'est, d'ailleurs, pas un grand mal pour les cas de rhumatismes.

Tuberculose humaine et tuberculose bovine.

M. *Arloing* a fait récemment à l'Académie la communication suivante :

Dans une séance générale du Congrès britannique contre la tuberculose, M. le professeur Robert Koch a parlé *de la lutte contre la tuberculose envisagée à la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses*. Il a exposé à cette occasion une doctrine qui émeut à la fois le corps médical et le grand public. Cette émotion n'est pas encore dissipée.

En effet, les idées sur l'unité de la tuberculose de l'homme et des animaux paraissaient définitivement admises, et l'on avait organisé en conséquence la protection de notre espèce contre les dangers qui pouvaient venir de la tuberculose animale et de la tuberculose bovine en particulier, lorsque M. Koch est venu proclamer à Londres que ses recherches lui ont permis de se faire une opinion différente de celle généralement admise.

L'idée directrice de M. Koch est la suivante : Au lieu de s'enquérir des liens qui rattachent la tuberculose de l'homme, des mammifères et des oiseaux, il s'efforce de faire ressortir les caractères qui les distinguent. Alors, il se sert de ces derniers pour établir entre elles des différences si profondes, qu'il arrive à bouleverser entièrement le système de défense très péniblement édifié dans ces dernières années.

Il ne s'est pas donné la peine d'examiner à nouveau la tuberculose aviaire, dont la nature particulière est pour lui définitivement tranchée. Toute son attention s'est concentrée sur la tuberculose humaine et la tuberculose bovine.

Or, il résulte des expériences qu'il a faites avec M. le professeur Schutz, de la Faculté vétérinaire de Berlin, que si les bacilles de la tuberculose bovine infectent le bœuf, le mouton, le porc, la chèvre et l'âne, quelle que soit la voie d'introduction du virus, les bacilles d'origine humaine produiraient des effets négatifs sur les mêmes animaux.

Aussi se croit-il autorisé à admettre que l'infection tuberculeuse ne se transmet pas par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme.

Cette assertion est d'une haute gravité. Pour en saisir toute l'importance, il faut se reporter aux derniers passages de la conférence de Londres. Là, M. Koch dit explicitement *que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire ; par conséquent, il n'est pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle.*

Ce n'est donc pas seulement une doctrine scientifique qui se trouve mise en jeu, c'est encore l'avenir de la société humaine.

Si M. Koch se trompe, c'est la tuberculose animale entrant librement chez l'homme, frappant d'abord des individualités éparses, et renouvelant, sans cesse, les foyers que nous nous efforcerions ensuite d'éteindre.......

Or, je crois pouvoir conclure de mes expériences personnelles :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine;

2° Que l'on peut trouver et entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton et la chèvre ;

3° Que si l'on en trouvait d'incapables à produire ce résultat, et il en existe certainement, ils ne se rattacheraient pas, pour cela, à une tuberculose absolument distincte ;

4° Que je persiste à admettre l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacille de Koch ;

5° Qu'il faut repousser le critérium de MM. Koch et Schutz, qui nous amènerait à établir des coupes rigoureuses dans la tuberculose humaine ou la tuberculose animale ;

6° Que MM. Koch et Schutz n'étaient pas autorisés, par leurs propres expériences, à préconiser des distinctions absolues, comme ils l'ont fait ;

7° Qu'il est utile de maintenir dans une sage mesure les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de receler le bacille de la tuberculose.

Action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur.

D'après M. le Dr *F. Cautru*, de Paris, le massage abdominal a une action *diurétique* indénia-

ble, qu'il soit employé seul ou associé au massage général et à la gymnastique suédoise. Dans certains cas, cependant, l'ensemble de ces différents agents donne des résultats plus prompts, plus durables et plus complets.

Chez les cardiaques, la diurèse se produit rapidement, surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-cutanés ou viscéraux, quelquefois, dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour de massage. Dans certains cas, on a vu les urines monter de 250 grammes à 3,000 et 3,500 grammes après trois massages.

L'état général s'améliore en même temps que la circulation se régularise.

La composition des urines se rapproche de la normale.

Le massage et la gymnastique suédoise peuvent, par des manœuvres variées, produire à volonté une augmentation ou une diminution de pression au niveau du cœur et des vaisseaux. Ils peuvent donc, dans une certaine mesure, rendre à ceux-ci l'élasticité qui leur fait défaut dans les affections cardio-vasculaires chroniques et doivent être considérés comme le *meilleur remède préventif* de l'*artério-sclérose* chez les arthritiques prédisposés.

Le massage n'exclut pas les autres médications cardiaques employées jusqu'alors. Il les aidera, alternera avec elles ou les remplacera lorsqu'elles n'agiront plus. C'est un moyen à ajouter aux autres.

Cependant, il semble qu'on doive lui donner la préférence, à cause de son innocuité, lorsqu'il est employé d'une façon méthodique, et par ce fait surtout que c'est un *moyen naturel*, un véritable agent de *thérapeutique physiologique*.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la belladone sur l'intestin.

Bien que, dès la fin du XVII[e] siècle, on trouve l'emploi de la belladone recommandé par les vieux auteurs, son mode d'action physiologique et thérapeutique sur le tube intestinal n'a été que récemment élucidé et mis absolument au point. Il y a quarante ans à peine, Trousseau lui-même disait que la belladone purge dans un certain nombre de cas, mais il avouait ne savoir ni pourquoi, ni comment son usage, d'autres fois, ne donnait pas de résultats. C'est que l'étude physiologique de cette solanée n'était pas complète. Toutefois, nous verrons tout à l'heure que la recommandation empirique qu'en donnait Trousseau dans les coliques de plomb, les coliques nerveuses des pays chauds, la hernie et l'iléus, la coarctation des sphincters et, en particulier, la constipation chez les hypocondriaques et les femmes nerveuses, révèle un clinicien sagace et remarquablement observateur.

Ces dernières années, il semble que, de toutes parts, on se soit attelé au problème et il n'est pas téméraire de proclamer que la question est maintenant résolue.

En 1897, M. G. Traversa (*Policlinico*, 15 nov. 1897) entreprend sur les animaux des expériences dans le but de déterminer l'action de la belladone et de son alcaloïde, l'atropine, sur la fonction motrice de l'intestin, et il a le soin de s'entourer de toutes les précautions possibles pour que le résultat de ses recherches ne soit pas faussé par quelque cause étrangère. C'est ainsi que les animaux en expérience sont narcotisés au moyen du chloral qui, à l'encontre du chloroforme et de l'éther, n'influence pas le péristaltisme. De même, pour éviter l'action du froid sur l'anse intestinale sortie de l'abdomen, il la fait baigner dans du sérum artificiel maintenu à 37°.

M. G. Traversa a trouvé que la belladone et l'atropine ont pour action constante d'affaiblir les mouvements péristaltiques et cela en proportion directe de la dose employée. Si l'on expérimente sur le cheval, auquel il suffit d'une injection hypodermique de 0.30 à 0.60 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine pour provoquer au bout de dix à quinze minutes des selles abondantes, d'abord solides, puis liquides, on arrive à neutraliser très nettement l'action de la pilocarpine en injectant, dix minutes avant elle, 0.25 centigr. de sulfate d'atropine à l'animal.

Ces expériences aux résultats constants ont amené M. Traversa à conclure que la belladone est contre-indiquée dans la constipation par atonie de l'intestin chez l'homme, mais que, en revanche, son usage est absolument rationnel dans la colique saturnine et dans tous les cas où la constipation relève d'une contraction spasmodique de l'intestin.

Si nous passons du domaine de l'expérimentation à la clinique, nous voyons qu'en France, à peu près à la même époque, le professeur Potain eut dans son service un malade qui fut l'objet d'une leçon très curieuse. Cet homme souffrait, par intervalles, dans un point très nettement circonscrit du ventre, et les crises douloureuses étaient accompagnées d'une constipation opiniâtre à laquelle il avait vainement opposé tous les purgatifs imaginables. Entré à l'hôpital de la Charité, Potain fit, après une étude très sévère, le diagnostic fort rare de *névralgie intestinale essentielle*. Dans son esprit, cette affection devait s'accompagner d'un état de contracture par action réflexe, d'où la constipation et d'où l'impuissance des purgatifs qui ne faisaient qu'exagérer la contracture ; et Potain annonça qu'il allait vaincre, à la fois, et la douleur et la constipation, soit par l'opium, soit par la belladone. Ses prévisions thérapeutiques se réalisèrent absolument et prouvèrent ainsi le bien fondé de son diagnostic.

Il y a, en effet, deux sortes de constipation, celle qui résulte de l'atonie intestinale — à tort, c'est presque toujours à elle que nous pensons — et celle qui est la conséquence du spasme, de la contracture, dont les caractères généraux différentiels sont pour l'une : indifférence du sexe, influence du régime, antécédents dyspeptiques, relation directe avec la fonction digestive ; pour l'autre : prédominance chez la femme, influence du moral, pas d'antécédents dyspeptiques et irrégularité absolue. Dans la première, l'examen du ventre est muet, avec à peine, une sensation très vague de pesanteur, l'intestin est « chiffon » en hypotension, sans bosselures, avec localisation, au toucher, de la stase fécale. Dans la seconde, au contraire, le ventre est sensible avec hypertension, météorisme, zones ondulatoires péristaltiques, bosselures de contraction, intestin en corde qui permet difficile-

ment à nos doigts de percevoir la présence des matières. Comme principaux renseignements tirés des troubles fonctionnels, enfin, il y a, dans la première forme, la perte du besoin d'aller à la selle, la diminution de la constipation avant les règles, son exagération pendant la période menstruelle ; l'effort a souvent un résultat positif amenant des scyballes de gros calibre, « en noix » ; tandis que, dans la seconde forme, par contre, il existe de faux besoins, du ténesme, une exagération de la constipation avant, et une diminution pendant le flux cataménial ; l'effort, en exagérant la contracture, diminue les chances d'évacuation et les matières, rubanées, aplaties, sont en « noisettes ».

Ce tableau-schéma, que nous empruntons, tout en l'abrégeant, au remarquable travail original « La constipation spasmodique » que M. Alexandre Mazeran a publié, cette année même, éclaire amplement l'opinion vraie mais inexpliquée de Trousseau quand il disait : la belladone purge quelquefois, quelquefois pas. Elle ne saurait purger, en effet, toutes les fois qu'il y a rétention par atonie, puisqu'elle augmente cette atonie, mais, elle ne manquera pas de produire son action évacuante toutes les fois qu'il y aura constipation par contracture, parce qu'elle agira, dans ce cas, par ses propriétés antispasmodiques bien connues ; et c'est pour cette raison que Trousseau, comme nous l'avons dit au début, avait plus particulièrement remarqué et préconisé son utile emploi dans les affections ou intoxications ou accidents relevant de l'hypersthénie intestinale ou la provoquant.

C'est, d'ailleurs, une des conclusions retenues par le médecin de Chatel-Guyon, M. Alexandre Mazeran. A la constipation spasmodique, s'adresse particulièrement la belladone à l'exclusion des purgatifs ordinaires drastiques ou salins qui n'auraient d'autres résultats que d'amener une aggravation en renforçant le tonus déjà exagéré.

A l'étranger, comme en France, la belladone et l'atropine, après avoir été par trop délaissées dans la thérapeutique des maladies du tube digestif, reviennent en grand honneur. L'expérience de Rumpel, corroborant celle déjà citée de Traversa, semble ne pas être étrangère à ce regain de faveur. Rumpel prend deux chiens, découvre à chacun une anse de leur intestin grêle qu'il ligature de façon à diminuer considérablement la lumière intestinale ; il nourrit les deux animaux de la même façon, mais l'un est soumis à l'action de l'atropine et, pendant que celui-ci est à peine malade parce que son intestin s'immobilise en partie et ne réagit pas outre mesure, l'autre a des vomissements et meurt parce que son intestin, privé du modérateur médicamenteux, s'injecte et se contracture démesurément, plus que ne le comporte la ligature qui l'enserre.

Il serait d'autant plus fastidieux de citer au long toute la littérature médicale étrangère que les indications thérapeutiques de la belladone posées ailleurs sont les mêmes que celles posées en France, par les physiologistes et les cliniciens. C'est ainsi que Stark, en Allemagne, oppose la belladone à l'iléus ; que P. Ostermaïer, à Munich, s'en est servi pour favoriser la migration d'un calcul biliaire volumineux et vaincre le spasme intestinal ; que Batsch l'emploie dans tous les cas d'étranglements dynamiques. Batsch et Luttgen estiment même que l'atropine a son utilité dans les obstacles mécaniques, comme les torsions, les invaginations, afin d'apaiser l'intestin, d'éviter, si possible, les risques d'une opération dangereuse, de diminuer les souffrances du malade et de retarder la gangrène qu'accélèrent les mouvements vermiculaires exagérés.

Il est cependant utile de dire que, en Allemagne surtout, l'atropine est préférée à la belladone, qu'elle est administrée presque toujours en injections hypodermiques à des doses qui nous semblent dépasser la mesure : quatre ou cinq milligrammes en vingt-quatre heures. Bofinger est même allé jusqu'à huit et dix milligrammes en une journée à deux reprises différentes : la première fois, il s'agissait d'une torsion de l'intestin grêle ; la seconde, d'une hernie étranglée. Avec ces quantités considérables, est-il besoin de le dire, il se produit souvent des phénomènes d'intoxication et quelques auteurs ont enregistré des morts qu'ils ont attribuées, il est vrai, non pas tant à leur audacieuse thérapeutique qu'à la gravité des cas auxquels elle s'adressait. Quoi qu'il en soit, une plus grande prudence s'impose.

En résumé et pour conclure, la belladone et l'atropine, si nous avons soin de nous garer de l'engouement et de nous abstenir des exagérations d'Outre-Rhin, doivent nous rendre les plus signalés services dans le traitement des affections de l'intestin, toutes les fois que nous aurons à modérer de l'hypersthénie, du spasme, de la contracture, quelle qu'en soit la cause primitive ou secondaire. C'est ce qu'avait établi Trousseau d'une façon très sagace, mais plutôt empirique. La constatation est maintenant rentrée dans le domaine de la science par la méthode expérimentale et l'observation clinique.

Dr L. Viaud.

ORTHOPÉDIE

Déviations de la taille des liseurs par flexion de la tête pendant la lecture (1).

J'écris cyphose et scoliose « des liseurs », contrairement à l'usage, qui veut cyphose et scoliose « scolaire ».

Car « scolaire » incrimine uniquement « l'école ».

Or, les déviations de la taille que je vise apparaissent, comme la myopie, parce que l'enfant lit en une ATTITUDE VICIEUSE dont l'école n'a pas le monopole.

La maison est complice des méfaits de l'école; je crois même qu'elle détiendrait le record de L'ATTITUDE VICIEUSE, si les enfants y passaient tout le temps de la scolarité.

Les établissements ont fait quelques efforts pour améliorer le mobilier du liseur, tandis que dans les familles, même les plus fortunées, l'enfant, l'adulte, lisent sur une table, un bureau qui, même quand il a coûté fort cher, ne possède aucun des organes sans lesquels le liseur ne peut pas *maintenir* sa tête, son corps en ATTITUDE DROITE.

C'est cette connaissance du mauvais mobilier

(1) Extrait de *Myope et Bossu par flexion de la tête pendant la lecture* par le Dr E. Rolland (de Toulouse). 1 vol. in-8°, 7 planches, 23 fig. dans le texte, et une planche hors texte. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils.

sur lequel les enfants font leurs devoirs à la maison qui a dicté à Uffelmann ces lignes du *Traité de l'hygiène de l'enfance* :

« Il y a beaucoup d'enfants qui font leurs devoirs écrits à l'appui de la fenêtre, dont la faible largeur les force à placer le cahier obliquement tandis que la proximité du mur gêne les genoux de l'enfant et le force à se placer obliquement. Quand le fait se renouvelle journellement, et c'est le cas d'un grand nombre d'écoliers, il y a là une cause d'affection scoliotique encore plus dangereuse que la défectuosité de l'attitude pour écrire. Il en est de même de l'habitude de faire les devoirs en d'autres endroits mal appropriés pour cela, par exemple sur une commode, sur un sopha, sur une table ronde (de salle à manger), ou même sur une chaise devant laquelle l'enfant est assis sur un tabouret. »

A l'école, enfin, la surveillance de l'attitude existe à l'état règlementaire.

L'article 28 du Règlement des écoles prescrit aux maîtres « de veiller à ce que les élèves se conforment exactement aux principes qu'ils leur auront donnés sur la position du corps pendant l'écriture »,

Je sais bien, comme le fait remarquer le Dr Riant, « qu'avec le mobilier scolaire *actuel* (1898) il est parfois difficile, sinon impossible, d'obtenir, même *avec la plus scrupuleuse attention*, que l'enfant garde une position conforme aux exigences de l'hygiène ». (*Hygiène scolaire*, p. 108.)

Puis je n'ignore pas que les parents ne demandent à l'hygiène et à l'art de prévenir les progrès de la myopie et les déviations de la taille, qu'au moment où les premiers sont synonymes de « cécité » et les deuxièmes de « bosse ».

La cause de ces tristesses, contre lesquelles je lutte, est l'ignorance du « péril myopique » et du « péril scoliotique » dans laquelle vivent les parents et quelques médecins.

M. le professeur Combe, de Lausanne, au commencement d'un mémoire (1) auquel je vais faire de nombreux emprunts — on n'emprunte qu'aux riches — dénonce cette ignorance en ces termes :

« Il n'y a peut-être pas de maladies dont on s'inquiète moins que d'une déviation de la colonne vertébrale. Cela est si vrai que le langage ordinaire lui-même reflète cette nonchalance et cette insouciance surprenantes. Ne donne-t-on pas aux formes avancées de ces malformations corporelles des noms aussi vagues et aussi peu nets que possible? L'enfant, dit-on, « se tient mal » il a une épaule qui avance, un côté plus haut que l'autre, il est mal planté, mal bâti, il est déformé, etc... Expressions qui doivent toutes correspondre au terme médical de « déviations de la colonne vertébrale », dont les scolioses forment la plus grande partie.

« Cependant, les déviations vertébrales ne sont pas rares, car elles se montrent surtout chez les peuples civilisés et PARAISSENT AUGMENTER EN FRÉQUENCE ET EN GRAVITÉ A MESURE QUE GRANDIT LE DEGRÉ D'INSTRUCTION ET DE CIVILISATION.

« *La plupart des statistiques démontrent, en effet, que les pays dans lesquels l'instruction est introduite sont aussi ceux qui ont le plus grand nombre d'enfants déviés, alors que les nations non civilisées ne montrent que très exceptionnellement des scolioses.*

« Et pourtant cette affection est d'une importance considérable pour l'avenir de l'enfant, car il n'est certes pas indifférent qu'un corps en croissance présente une déviation vertébrale, CELLE-CI NE POUVANT QUE PROGRESSER UNE FOIS QU'ELLE A COMMENCÉ.

« L'ignorance de ce fait est certainement la cause principale qui fait que les parents s'inquiètent si peu de savoir si leur enfant est dévié ou non.

« Une seconde cause est que la déviation n'est pas visible extérieurement et qu'elle doit être recherchée, au moins dans ses débuts.

« Une troisième cause, enfin, de cet état de choses, est que le scoliotique lui-même ne se plaint pas de son mal à ses parents. En effet, l'enfant ne peut pas voir sa déviation, et il est rare qu'il en souffre. Les symptômes objectifs causés par les déviations, tels que les troubles respiratoires, digestifs, ou les névralgies, ne se montrent que dans les cas graves ou très avancés.

« Tout concourt donc à laisser les parents dans l'ignorance d'un mal qui *devrait être traité dès ses débuts*. Le plus souvent, c'est la tailleuse qui s'inquiète la première : elle a coupé un vêtement symétrique, qui ne va pas ; il faut qu'il y ait une irrégularité dans le dos de l'enfant. On cherche, et cette irrégularité est une déviation vertébrale, mais déjà très accentuée, puisqu'elle est visible extérieurement.

« La déviation vertébrale est donc une affection qui veut être recherchée et qu'il est excusable de ne pas avoir reconnue. Mais ce qui est inexcusable de la part des parents, c'est que, même reconnue, bien peu s'en inquiètent, et que de tous côtés on entend assurer que les scolioses se corrigent toutes seules et qu'il ne vaut pas la peine de s'en occuper.

« On voit même, chose plus étrange et plus grave encore, on voit des médecins, insouciants ou ignorants, se servir des mêmes mots de consolation, parler de guérisons spontanées des scolioses, sans en avoir jamais vu une seule. C'est à eux que LORENZ, de Vienne, adressait ces paroles : « Il serait vraiment bien à désirer que la notion de l'importance extrême du traitement rapide de la scoliose au début soit mieux connue des médecins. On verrait moins souvent des mères aller de leur propre chef chez le bandagiste chercher un corset ou un soutien sous lequel, quand ce n'est pas à cause duquel, la déviation de leur enfant augmente, lentement, progressivement et sûrement.

« Espérons que le cri d'alarme poussé, ces dernières années, par quelques chirurgiens, sera entendu ; espérons que les statistiques, toujours plus nombreuses, faites dans les écoles et démontrant l'augmentation croissante des scolioses ouvriront les yeux aux autorités scolaires ; espérons surtout que le malheureux optimisme avec lequel beaucoup de médecins et tous les parents ont l'habitude de regarder les scolioses au début fera place à la notion bien nette de leur importance et de leur gravité. »

(1) *Les déviations de la colonne vertébrale dans les écoles de Lausanne*, in ANNALES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE INFANTILES. Paris, 15 mai, 1er juin, 15 juin 1901 par les docteurs COMBE, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine, SCHOLDER et WEITH, médecin de l'Institut Zander de Lausanne

Oui, ayons cette espérance ! Car toutes les précautions prises pour prévenir et corriger la *cyphose* et la *scoliose des liseurs* préviennent et corrigent l'ATTITUDE VICIEUSE qui engendre la *myopie des liseurs*, ses progrès, ses complications.

Enfin, comme l'écrit M. le professeur Combe (*loc. cit.*), « le mal est grand et il est temps que l'on s'en préoccupe. »

L'ATTITUDE VICIEUSE EST LA CONSÉQUENCE DE LA PERTE DE L'ÉQUILIBRE STATIQUE PAR FLEXION DE LA TÊTE.

Le premier mouvement du liseur assis est une FLEXION DE LA TETE en avant. « D'abord retenue par les muscles de la nuque, la tête s'incline de plus en plus à mesure que ceux-ci se fatiguent. Cette flexion de la tête entraîne le thorax avec la colonne vertébrale qui, grâce au poids des viscères thoraciques, s'incurve de plus en plus à mesure que les muscles du dos sont fatigués.

« Ce mouvement de FLEXION DE LA TETE en avant s'accentue encore, grâce au poids des viscères abdominaux. » (Professeur COMBE, *loc. cit.*)

La *conséquence* de CETTE FLEXION DE LA TETE et de ces déplacements viscéraux est la *perte de l'équilibre statique*.

« L'équilibre statique des corps dans la station bipède, comme *dans la station assise ou bifessière*, est maintenu par la seule *résistance* des tissus élastiques et des os ayant le sol pour point d'appui, tandis que la *puissance* est représentée par le poids des parties du corps situées au-dessus du lieu considéré. Les muscles n'interviennent que pour amener ou ramener la ligne de propension dans la verticale du centre de gravité. » (DALLY, *Académie de médecine*, le 3 septembre 1878.)

Le liseur en station assise perdant ainsi l'équilibre fait ce que, perdant l'équilibre dans la station bipède, il aurait fait : « Il cherche un *point d'appui*. Or, dit le Dr RIANT, il n'en peut trouver qu'un : la table ».

La perte de l'équilibre statique a donc pour conséquence la *pose instinctive* sur la table des deux coudes, ou d'un des avant-bras, en un mot l'ATTITUDE VICIEUSE.

L'ATTITUDE VICIEUSE par *point d'appui* pris sur les deux coudes engendre la CYPHOSE.

L'ATTITUDE VICIEUSE par *point d'appui* pris sur l'avant-bras gauche engendre la *scoliose gauche*.

L'ATTITUDE VICIEUSE par *point d'appui* pris sur l'avant-bras droit engendre la *scoliose droite*.

E. ROLLAND.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine aux colonies.

Monsieur le Directeur,

En tête du *Concours médical* du 28 décembre 1901, je lis sur la médecine aux colonies un article du Dr Vié, qui m'a paru particulièrement intéressant à plusieurs points de vue.

D'abord, c'est un indice que, contrairement à ce que font nos innombrables journaux de médecine, qui restent exclusivement confinés dans les choses, je ne dirai pas de France, mais bien de Paris, le *Concours médical* est prêt à sortir de cet hypnotisme étroit pour envisager du territoire français autre chose que le sol parisien ; ensuite, l'article de notre Confrère en lui-même est très justement pensé et fait contraste avec les racontars fantaisistes qu'on écrit couramment dès qu'il s'agit de notre territoire d'outre-mer. Seulement, le Dr Vié nous paraît par trop timide dans ses justes revendications, ce qu'explique suffisamment l'état d'ignorance où se trouve le pays entier sur le joli gâchis qui règne dans nos colonies, aussi bien dans la médecine que dans tout le reste.

D'autre part, la note dont vous faites suivre l'article du Dr Vié semblant indiquer votre désir de poursuivre l'enquête commencée par lui et d'aboutir à un résultat ; il me paraît bon de résumer les étranges phases par lesquelles a passé notre médecine coloniale depuis dix ans, en vue d'avoir, au moins, comme point de départ dans cette étude, la connaissance exacte de la situation actuelle.

I. — *La médecine dans les colonies Françaises : période maritime, période coloniale ; médecins civils éperonnés ; médecins globe-trotters ; médecins hybrides ; médecins savants, médecins en l'air.*

Tant que la marine est restée intacte, comme au temps de Colbert, c'est-à-dire avant qu'eût commencé ce lamentable démembrement qui va la réduire au simple état d'usine, le corps de santé de la marine, à lui seul, assurait les services multiples de la flotte, des troupes et des colonies. Le service marchait bien, à la satisfaction des militaires et surtout des civils ; car, dans les colonies, quand un médecin civil venait s'établir, la marine, avec sa largeur de vue et sa bienveillance incontestables, ne manquait jamais d'encourager le nouvel arrivant en le chargeant, contre rétributions convenables, de certains services d'ordre essentiellement civil ; d'autre part, tout médecin de marine appelé à servir dans une colonie y restait au moins trois ans et très nombreux étaient ceux qui dépassaient cette limite ; on en a vu, et des meilleurs, rester par exemple dix ans en Cochinchine, quatorze ans en Nouvelle-Calédonie ; les médecins de marine étaient rarement sur les routes ; dans tous les cas leur stationnement dans une même colonie leur permettait d'entrer en contact intime avec les habitants ; c'est au point que plusieurs, séduits par la vie large et la poésie des pays tropicaux, leur retraite liquidée, retournaient dans la colonie de leurs rêves et y constituaient de vrais et excellents colons ; la voilà la colonisation efficace. Mais ce fonctionnement régulier ne cadrait pas avec les conceptions des coloniaux en chambre ou *colonistes*, ces politiciens agités qui ont imprimé à nos affaires coloniales la plus déplorable orientation, grâce à un courant factice bien que puissant, soutenu encore à l'heure actuelle par les moyens les plus divers : associations coloniales panachées, banquets, surtout banquets, conférences, presse grouillante, etc., déjà les maquignons colonistes lançaient ces mots pompeux *expansion coloniale, empire colonial*, dont se gargarisent les niais.

Décidément, les errements de la marine n'étaient plus dans le ton de la folie coloniale ; il n'était que temps de mettre la médecine en mesure.

En 1890, l'administration coloniale, — ministère en herbe faisant ses dents, — quoique dé-

pendant encore de la marine, — fit créer, par un simple décret du 7 janvier 1890, un corps de santé spécial, dit *colonial*, pour assurer les services civils des colonies, — le service médical des troupes en garnison continuant à y être assuré par les médecins de la marine.

Cette mesure était justifiée dans l'exposé des motifs par ce fait, disaient les colonistes, — que les médecins de marine *ignoraient l'hygiène tropicale* et que, d'ailleurs, des militaires ne *devaient pas être chargés de services civils.*

C'est pour cette dernière raison sans doute que les médecins coloniaux, créés pour assurer ces services civils, s'empressèrent de revendiquer, — d'ailleurs contre la loi et contre les avis formels du conseil d'Etat, — la qualité militaire, et pour donner une preuve tangible de leur caractère guerrier ajoutèrent à leur tenue, des *éperons.* Toujours est-il qu'aussitôt le décret paru, tous les médecins de marine en service aux colonies, — fussent-ils au début de leur période coloniale, — se virent remplacés par des médecins coloniaux reluisants de galons hâtifs ; quand je dis tous, j'entends ceux des hauts grades, car pour les grades inférieurs, particulièrement pour le plus bas, celui de lieutenant, c'est la marine qui, selon sa triste habitude de se laisser plumer comme une oie, en assura et en a assuré pendant dix ans en majorité les vacances avec ses jeunes médecins.

Pendant ce temps-là, les coloniaux prenaient du galon sans vergogne, au point qu'en quelques mois, le plus éminent d'entre eux passa du grade de chef de bataillon dans la marine à celui de général dans les colonies, exactement comme le bon Fritz de la grande duchesse de Gerolstein ; cet abus, ce déni de justice, ce scandale, ont pesé dix ans sur les jeunes médecins de marine ; que dis-je, cette sinistre plaisanterie dure encore. Au moment où j'écris de jeunes médecins de marine prêtés aux colonies, ayant plus que largement terminé leur période coloniale règlementaire, attendent à Tombouctou et ailleurs que le pavillon de Flore veuille bien consentir à les remplacer par ses médecins coloniaux.

La mascarade militaire des médecins chargés d'assurer les services civils aux colonies a été motivée par le ministère des colonies de la manière suivante : grâce à ses attributs guerriers, le médecin en imposerait plus aux indigènes malades.

Si on réfléchit que les gouverneurs et les administrateurs coloniaux, qui abordent constamment les indigènes de face, n'ont pas de costume militaire et que, — nous pouvons bien l'avouer entre confrères —, nous, médecins, avons à aborder le revers plus souvent que la face, on ne voit pas l'impérieuse nécessité d'un tel attirail militaire.

L'intronisation des médecins dits coloniaux a imprimé à la médecine coloniale un cachet particulièrement bizarre.

En moyenne, ces médecins ne restent que dix-huit mois dans la même colonie ; si on en retranche le temps de défaire ses malles et de s'installer, puis de refaire ses paquets, c'est à peine s'ils ont le temps de souffler et de prendre langue ; dans tous les cas, jamais leur séjour, — le voulussent-ils — ne peut dépasser deux ans ; mais ce n'est pas tout : très souvent les coloniaux sont exposés à monter en grade ; alors immédiatement, quelle que soit l'époque de leur arrivée, ils sont appelés à servir ailleurs, quelquefois aux Antipodes, de telle sorte qu'ils sont constamment en route et que si ces excellents confrères ne sont que de temps en temps coloniaux, incontestablement ils détiennent le record comme *médecins globe-trotters.*

C'est évidemment là une disposition vicieuse, mauvaise pour le bien du service, désagréable pour les médecins eux-mêmes, affolés par tant de voyages, et dont il sera bon de tenir compte lorsque avec le Dr Vié, je m'occuperai de ce qu'il conviendrait de faire aux colonies pour la satisfaction de tout le monde au point de vue médical (malades et médecins).

Dans cette aventure des médecins coloniaux, le fait le plus intéressant à relever, au point de vue qui préoccupe le Dr Vié, est que ce corps de santé colonial, exubérant au sommet, mais déplorablement maigre dans les grades inférieurs, — n'a jamais pu arriver à se compléter, de manière à pouvoir assurer tout seul les services pour lesquels il avait été créé. C'est en vain qu'après le décret du 7 janvier 1890, qui avait constitué le corps, deux nouveaux décrets du 28 octobre 1896 et du 25 mai 1897 sont venus élargir la base de recrutement.

Rien n'y a fait, malgré, d'autre part, l'appât particulièrement alléchant des avancements vertigineux. Si le service médical aux colonies a pu être assuré, c'est, comme nous l'avons déjà dit, grâce à la longanimité inaltérable de cette bonne bécasse de marine qui, sur un simple signe du pavillon de Flore, a toujours mis un empressement enfantin ou plutôt vieillot à lui prêter ses médecins, pour occuper naturellement les emplois les plus inférieurs ; c'est grâce surtout à l'admirable esprit de discipline des médecins de la Marine, qui, traités comme serfs par les seigneurs des colonies, n'ont jamais élevé la moindre réclamation.

Donc, en 1900, le pavillon de Flore, — après dix ans d'efforts, n'était pas encore parvenu à recruter un nombre suffisant de médecins coloniaux pour assurer ses services, de telle sorte qu'il était encore dans l'obligation persistante d'emprunter à la marine ses médecins militaires pour combler les lacunes de son corps de santé colonial civil, quand est intervenue la fameuse loi sur l'armée coloniale qui a fait passer les troupes de la marine au Ministère de la guerre. Les dispositions de ce passage en ce qui concerne le service médical étaient tellement bizarres et imprévues que nous devons avertir charitablement le lecteur qu'à partir de ce moment nous allons entrer dans le rêve et l'absurde.

La solution logique, raisonnable, n'était pourtant pas bien difficile à trouver. A ce moment, le service médical des troupes de la marine était comme toujours assuré partout, — aux colonies comme en France, — exclusivement par des médecins de marine qui faisaient partie des cadres de ces troupes au même titre que les lieutenants, capitaines, etc..

Du moment que ces troupes avec leurs cadres passaient à la guerre, il n'y avait aucune raison avouable pour en excepter les médecins. Or, la loi, en versant ces troupes à la guerre, laissa les médecins militaires de la marine en plan et les remplaça dans les régiments par les médecins

coloniaux qui, jusqu'à ce moment, étaient civils et qui, surtout, étaient déjà insuffisants pour assurer les services civils des colonies. Il est vrai que la même loi sacrait médecins militaires les médecins coloniaux civils et que la forme était sauvée ; ce qui donnait, par exemple, — spectacle nouveau dans notre histoire, — à des civils, comme premier grade militaire, celui de chef de bataillon.

Quant aux médecins militaires de la marine sans emploi, qu'en faisait la loi ? Rien, car elle *imitait de Conrart le silence prudent.*

Probablement, les fortes têtes qui rédigèrent cette loi pensèrent que, conformément à ce qui s'était fait il y aura bientôt un siècle pour les brigands de la Loire, le gouvernement n'aurait qu'à les mettre en demi-solde.

En vérité, ne dirait-on pas qu'à ce moment, un vent de folie, le vertige des foules, a passé sur nos législateurs ? Naturellement, le ministre des colonies, avec raison, protesta contre ces dispositions ; si, en effet, on lui enlevait ses médecins déjà insuffisants, pour les verser aux troupes, il lui serait impossible plus que jamais d'assurer ses services ; c'est alors que l'illustre rapporteur de cette loi fameuse le rassura en déclarant que les nouveaux médecins militaires des troupes assureraient également les services civils ; cette étrange conception sur la médecine coloniale se trouvait ainsi justifiée dans son rapport : « *aux colonies le rôle du corps de santé doit être à la fois civil et militaire* ». Dans tous les cas cette nouvelle doctrine est en opposition formelle avec les considérants du décret du 7 janvier 1890 qui créa le corps de santé colonial ; que ces deux messieurs, le rapporteur et l'initiateur du décret de 1890, se débrouillent entre eux. En attendant, l'affirmation du rapporteur a au moins l'avantage d'être nette et carrée. Mais si la chose est bonne aux colonies, pourquoi ne serait-elle pas également bonne en France et partout ailleurs ? Quels merveilleux horizons ! Il suffit de généraliser cette proposition et la solution de tant de rivalités gênantes en France est trouvée : *Tout le monde y serait à la fois civil et militaire.*

Toujours est-il que, protées infatigables, voilà nos confrères coloniaux se dessinant encore sous un nouvel aspect, celui de *médecins-hybrides.*

Faire une loi, surtout quand on la bâcle, n'est pas chose extrêmement difficile ; l'application seule en est longue et pénible, comme le démontre à l'heure actuelle l'organisation indéfiniment retardée du service de santé de l'armée coloniale.

Le corps de santé colonial, étant naturellement de plus en plus insuffisant pour des services de plus en plus chargés, est obligé d'appeler des renforts des quatre coins de l'horizon ; les médecins de toutes les catégories, civils, militaires et marins sont invités à venir le renforcer, et le dernier appel s'adresse au Val-de-Grâce.

Un décret de juillet 1901, rendu *après avis du Conseil d'Etat*, avait préparé, venant de la marine, une grosse fournée bien pondérée, quant aux grades, qui aurait d'un seul coup assuré convenablement le service ; mais c'est ici que, de la part des coloniaux, les *beati possidententes*, a surgi l'étrange difficulté que voici : il est au fond du cœur humain un sentiment particulièrement constant et tenace, c'est de vouloir dominer son voisin. La première manifestation s'en trouve dans l'enfant qui dit à son camarade : « Viens jouer, toi tu seras le soldat, moi, je serai le général ».

Or, ce sentiment très naturel s'est singulièrement développé, au point de devenir maladif, chez les coloniaux gâtés depuis dix ans par les complaisances de la marine.

Ils ne demandent pas mieux que d'accepter dans leurs rangs de nouvelles recrues pour les emplois inférieurs, pour les corvées de quartier, pourrait-on dire ; mais, pour les grades supérieurs, ils veulent se les réserver exclusivement. En conséquence, ils en appellent au conseil d'Etat contre ce décret qui a précisé la condition de passage des marins dans l'armée coloniale ; mais le décret incriminé ayant été approuvé par le conseil d'Etat, il est bien difficile d'admettre que ce conseil puisse se déjuger à si courte échéance.

En attendant, le temps passe, le malaise se prolonge et le service de santé colonial est en souffrance.

Pour faire triompher leurs étonnantes prétentions, les coloniaux dirigent une campagne active et font exécuter les plus étonnantes manœuvres. De ces dernières il en est une d'un goût fort douteux dans laquelle nous avons eu le profond regret de voir s'engager un fort galant homme, qui de plus est un vrai savant ; la voici :

Un beau jour, trois personnages, sans mandat — trois anabaptistes — dont un savant, sont allés, au nom de je ne sais qui et de je ne sais quoi, supplier le ministre de la guerre de ne mettre dans les hauts grades du corps de santé de l'armée coloniale que des médecins coloniaux parce que tous sont des *savants* et que les médecins qui pourraient venir de la marine ou de la guerre ne le sont pas. Cette grotesque démarche n'a (heureusement) nullement ému le ministre de la guerre qui s'est borné à répondre que, tout en appréciant les savants, des médecins connaissant bien le service des troupes feraient mieux son affaire ; et le ministre avait tellement raison que quelques jours après, la démonstration en fut donnée par le fait suivant : un ancien médecin colonial, mécin fort distingué, très consciencieux, mais absolument ignorant comme médecin militaire, reçoit brusquement l'ordre d'aller prendre la direction du service de santé du n^e^ régiment d'infanterie coloniale caserné en France. A peine arrivé, il commet impair sur impair et les arrêts pleuvent sur sa tête ; affolé, il prend la tangente en entrant à l'hôpital de la marine ; mais n'étant pas malade, il ne peut y prolonger son séjour ; c'est alors qu'il court à Paris où il peut obtenir enfin d'aller remplir aux colonies un emploi de vrai médecin colonial c'est-à-dire civil. Ce médecin était absolument dans son droit, car le forcer de faire du service dans un corps de troupe, c'est exactement comme si on voulait forcer nos médecins de colonisation d'Algérie de servir dans les régiments qui y tiennent garnison.

D'après cet exemple, il est facile de se rendre compte à quel degré est poussé le désordre dans le service de santé colonial ; mais il y en a bien d'autres. Ainsi les coloniaux ont à leur tête un fort brillant état-major avec éperons dorés, ceintures, plumets, etc. Eh bien ! personne ne sait encore de quel ministre il relève ; est-ce du

ministre de la guerre, est-ce du ministre des colonies ? Cruelle énigme. Donc ne relevant directement de personne, voilà encore nos honorables confrères en une nouvelle posture bien inattendue, celle de *médecins en l'air*. Mais décidément, avec toutes ces attitudes ondoyantes et diverses, ce sont de vrais phénomènes vivants dont un échantillon, pour répondre au courant de l'actualité, ferait bien chez Barnum.

En résumé, en fait de médecine coloniale, les choses s'embrouillent de plus en plus. Débutant dans le gâchis avec le décret de 1890, cette pauvre médecine a continué dans la purée ; mais enfin la purée c'est encore quelque chose, tandis qu'à présent on est en plein dans la matière chaotique.

C'est pourquoi les préoccupations du Dr Vié sont fort légitimes et sont énoncées au bon moment.

Avec un peu de bon sens et de réflexion, il me paraît possible d'organiser quelque chose de sérieux, se tenant debout et pouvant donner satisfaction non seulement aux civils, aux militaires et surtout aux malades, mais encore aux médecins coloniaux eux-mêmes. Mais avant de conclure, comme base d'appréciation, il me paraît indispensable de jeter un coup d'œil sur la manière dont se fait chez les autres nations cette médecine coloniale qui nous donne tant de fil à retordre.

Dr Y.

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Situation au 31 décembre 1901.

Exercice 1901.

En caisse au 1er janvier...		13.057 31	
Encaissement des cotisations....................		55.832 05	
Encaissement du portefeuille :			
Intérêts.......	23.959 26	35.947 26	
Remboursem .	11.988		
			104.836 62
Ach. de valeurs	68.666 05	69.365 30	
Fr. de trésorer.	699 25		
Paiement des retraites...		28.721	
Frais d'impression.......		176 85	
Frais généraux...........		2.537 85	
		100.801 00	
En caisse au 31 décembre		4.035 62	
Balance............			104.836 62

Cannes, le 1er janvier 1901.

Le Trésorier : Dr Verdalle.

La pérennité de l'agrégation.

Allocution prononcée au banquet du 30 novembre 1901

Par M. Aug. Broca,

Président de la *Société des agrégés de Paris*.

En prenant la parole en ce banquet au nom des agrégés, je dois d'abord souhaiter la bienvenue à nos jeunes collègues qui, enfin débarrassés d'un concours pénible et aléatoire, s'asseoient parmi nous pour la première fois. Ils sont, en ce moment, tout à la joie d'un succès récent, et devant eux, ici même, ils voient l'avenir briller à leurs yeux sous la forme de nos anciens collègues qui, depuis 3 ans, ont été nommés professeurs. A ceux-là nous adressons nos sincères félicitations, avec nos regrets que l'un d'eux soit retenu loin de nous par la maladie. Nous sommes heureux de pouvoir constater que les vides auxquels ils ont dû leur avancement n'ont été creusés qu'en petite partie par le décès de leurs prédécesseurs : seul Laboulbène a devancé de quelques mois l'échéance. Nos autres collègues ont bénéficié soit de chaires nouvelles, soit de mises à la retraite, nous avons cependant à déplorer que l'honnête et digne homme qu'était M. Potain n'ait prolongé ensuite sa vieillesse que de quelques semaines.

A nos aînés qui viennent de quitter nos rangs, nous demanderons de ne pas oublier trop vite qu'à notre dernier banquet ils étaient encore des nôtres, et que si la fortune leur a souri, jusqu'au dernier moment, jusqu'au hasard d'une vacance et d'une élection, ils n'avaient aucune sécurité pour l'avenir, qu'après avoir appartenu activement à la Faculté pendant une période de 9 années, ils ne savaient pas quand et comment ils pourraient y retrouver une place, pour recommencer un enseignement auquel nous avons tous plaisir à nous consacrer. Car là est la question qui, en ce moment, tourmente le plus les agrégés de Paris et de province ; déjà ici, nous en avons parlé explicitement il y a 3 ans ; à trois reprises déjà, depuis cette date, des élections universitaires parisiennes ou générales se sont nettement ressenties de cette préoccupation. Et puisque nos devanciers, professeurs titulaires, ont bien voulu, ce soir, se mêler à nous, le moment est propice pour exposer nos idées et faire cesser peut-être quelques malentendus.

Mais avant, laissez-moi remercier ceux qui dirigent notre Faculté d'avoir accepté notre invitation ; et cette année je dois adresser la parole à la fois au doyen qui nous quitte après 15 ans d'exercice, à celui qui va entrer dans quelques jours en fonctions pour une période que je lui désire aussi longue. Au départ de M. Brouardel, nous saluerons l'administrateur actif, habile à tourner les difficultés dont le décanat est hérissé, affable jusque dans ses fins de non-recevoir : nous sommes consolés par la certitude de retrouver ces qualités dans son successeur. M. Brouardel ne nous en voudra pas, si ce soir nous nous tournons surtout vers M. Debove ; nous ne le faisons pas par vile flatterie, pour adorer le soleil levant, mais parce que les collectivités, dont l'égoïsme est la condition première d'existence, doivent toujours avoir les yeux fixés sur l'avenir et non sur le passé ; parce que, surtout, M. Debove a droit à des explications publiques, sur le scrutin d'où est sortie son élection.

Ces explications auraient dû être données à l'ouverture du scrutin : elles ont été arrêtées par un article du règlement ne permettant, dans les assemblées de ce genre, que la lecture de documents rédigés à l'avance. Tous, nous ignorions cette question de forme, sans quoi nous eussions préparé une motion écrite, à peu près comme celle-ci : les agrégés en exercice ont décidé à l'unanimité que ceux d'entre eux qui font partie de l'assemblée voteraient au premier tour de scrutin et à titre d'indication, pour un professeur

partisan notoire de la pérennité de l'agrégation, mais ils déclarent qu'il n'entre dans cette détermination aucune hostilité personnelle contre M. Debove, pour lequel ils voteront au second tour, s'il y en a un. Je crois que cette phrase résume avec sa vraie physionomie notre séance préparatoire.

Nous savons combien il doit être pénible pour un homme, seul candidat et candidat par dévouement pour ainsi dire, de se trouver soit soumis à un second tour de scrutin, soit élu à une majorité insignifiante : les explications de votes ne franchissent pas les salles de scrutin, les chiffres sans commentaires prennent au loin leur volée. Aussi, sommes-nous fort reconnaissants à M. Debove d'avoir su limiter la gravité du froissement en réservant sa candidature pour un second tour où nous avons été heureux de lui voir obtenir presque l'unanimité. Mais vous comprenez aussi, mon cher maître, combien il faut que la réforme demandée par nous nous tienne au cœur pour que nous ayons affirmé de telle façon notre conviction inébranlable.

La manière dont est organisé notre enseignement est une anomalie dans l'enseignement supérieur. Droit, lettres, sciences, sont enseignés par des hommes qui, maîtres de conférences, professeurs, adjoints, chargés de cours, titulaires enfin, ne quittent leur chaire que pour recevoir de l'avancement. Chez nous, au contraire, au bout de 9 années, l'agrégé est congédié ; et nous pensons que là est le principal motif pour lequel l'enseignement est loin d'être, dans nos Facultés, aussi systématique et efficace que dans les autres branches de l'enseignement supérieur, pour lequel les examens prêtent trop souvent, chez nous, le flanc à la critique.

A ces hommes qui, pendant trente ans, vont professer, on peut demander des cours à programme soigneusement élaboré. De nous, qui sommes appelés trois ou quatre fois en 9 ans à faire un cours sur un programme changeant, souvent connu quelques mois seulement à l'avance, il est impossible d'exiger quelque chose de semblable. Car l'exposé didactique d'un programme complet nécessite un long travail de digestion. Ce n'est pas dès la première année qu'un professeur réussit à mettre au point une série de leçons formant réellement un tout. On se plaint de plus en plus que, dans notre Faculté, les cours soient délaissés par les étudiants : nous sommes persuadés que c'est parce qu'ils ne répondent pas bien aux besoins scolaires et que le changement serait grand le jour où l'enseignement serait pour nous une fonction définitive et non plus temporaire, presque accidentelle.

La pérennité de l'agrégation aurait encore l'avantage considérable que, le corps examinant étant plus nombreux de façon permanente, et non plus augmenté par moments à l'aide de rappels intermittents à l'exercice, on pourrait revenir, pour les examens, au système ancien et excellent des séries à peu de candidats, système auquel, avec nos ressources actuelles en personnel, on a dû renoncer, parce que notre population scolaire s'est accrue dans des proportions formidables, en même temps que le nombre des examens augmentait par des dédoublements.

La science, enfin, tirerait grand bénéfice de cette mesure, car le système actuel empêche beaucoup d'entre nous de s'y consacrer comme ils le devraient et le désireraient. Il est douloureux, par exemple, de constater qu'à la Faculté de Paris il n'y a pas d'anatomie de carrière : tous les agrégés d'anatomie, sauf un histologiste, sont en même temps, et surtout, chirurgiens ou médecins des hôpitaux. La faute n'en est pas aux hommes, mais à l'Université, qui refuse à ces hommes à la fois une position scientifique stable et les moyens matériels d'existence. Ce n'est pas avec la perspective de 4000 fr. d'appointements pendant 9 ans que l'Université peut avoir la prétention de s'attacher des hommes de science.

Cette nécessité d'une carrière fixe, à échelons successifs, l'Etat l'a comprise pour toutes les branches de l'enseignement supérieur, sauf pour la médecine. Pouquoi cette exception ? Et pourquoi avons nous mis si longtemps à nous en plaindre ?

Parce que, de toute évidence, le diplôme de docteur en médecine, le titre d'agrégé nous permettent de gagner notre vie par la clientèle en dehors de l'Université, au lieu que cela est impossible pour les Facultés des lettres et des sciences. Et de là résulte aussi que, parmi nous, tous ceux à qui la clientèle est possible n'ont pas eu à souffrir. Pour ceux-là, l'enseignement seul a souffert ; leurs intérêts matériels n'ont pas périclité.

Or, ceux-là étaient la presque totalité à l'époque lointaine où fut élaboré le premier statut de l'agrégation et même à celle, plus proche de nous, où Briquet, médecin de la Charité connu par ses travaux sur l'hystérie, était agrégé... de physique ; à celle plus proche encore où l'histologie n'existait pas ; à celle, enfin, toute moderne, où un seul agrégé était à la fois anatomiste, physiologiste, histologiste. Par la force même des choses, étant données les exigences actuelles de la science, tout cela a dû changer : le nombre des agrégés qui *devraient* n'avoir ni service d'hôpital, ni clientèle, est beaucoup plus grand qu'autrefois. Il n'est donc pas étonnant que leurs désirs se manifestent à l'extérieur d'une façon plus intense.

Je dois ajouter tout de suite qu'on ne saurait, à cet égard, établir une distinction entre les agrégés de pathologie et les autres. Car de plus en plus en pathologie, et surtout en pathologie interne, la part du laboratoire devient grande. D'hier sont nées la médecine expérimentale, la bactériologie, la pathologie générale scientifique, l'histologie pathologique ; il est plus que pénible, pour un agrégé qui, pendant 9 ans, s'est consacré aux études de ce genre, de se trouver, en pleine maturité, éloigné d'une Faculté dans laquelle il a jusque-là travaillé, de n'avoir même pas droit à un laboratoire, d'être obligé de demander une hospitalité que ses maîtres ne lui refusent jamais, mais qui n'est pas un droit. Il est non moins pénible pour un agrégé de pathologie, en exercice ou hors d'exercice, de ne pouvoir participer à l'enseignement dans les hôpitaux que s'il est inscrit sur une liste spéciale : non seulement on ne lui envoie pas d'office des stagiaires, mais on lui refuse ceux qui désireraient s'attacher à lui.

Avec le sytème actuel, les agrégés sans clientèle sont donc sans aucune sécurité matérielle : indépendamment de toute question pécuniaire, nous n'avons pas dans notre enseignement la continuité nécessaire à la réussite ; pour les

examens, notre nombre insuffisant oblige à une surcharge fâcheuse des séries de candidats ; au point de vue scientifique, nous pouvons d'un moment à l'autre être privés de toutes ressources ; au point de vue moral, enfin, nous n'avons pas, dans le corps enseignant, une situation comparable, de loin, à celle des agrégés de droit, des maîtres de conférences de lettres et de sciences.

Les agrégés considèrent, en résumé, que, dans tout l'enseignement supérieur tel qu'il a été réorganisé, pour le plus grand honneur de la France, ils sont soumis à un régime d'exception mauvais pour eux, mauvais pour l'enseignement ; ils demandent, tout simplement, à rentrer dans le droit commun.

On leur répond souvent que leur requête, en principe justifiée, doit être envisagée comme un corollaire d'une réforme autrement délicate, d'une refonte complète du statut de l'agrégation, d'une modification profonde, en particulier dans le concours d'admission. Nous demandons, au contraire, la disjonction, et voici pourquoi.

La manière de recruter les agrégés, de juger les concours, ne nous regarde pas et ne nous regardera jamais : la situation morale et matérielle qui nous est faite nous regarde. Que l'agrégation devienne une carrière : cela nous paraît tout à fait indépendant du mode d'entrée dans la carrière. Chacun de nous, professeurs et agrégés, peut avoir une opinion différente sur le meilleur procédé de recrutement : nous avons affirmé électoralement, j'ai reçu mission d'affirmer ce soir que, quel que soit ce procédé, les agrégés de Paris demandent tous la pérennité de l'agrégation. Avec les professeurs de Paris partisans de nos idées sur ce point, nous avons peut-être la majorité dans l'Assemblée ; la dernière élection au Conseil supérieur de l'Instruction publique a prouvé que dans toutes les Facultés réunies, les amis de la pérennité réunissent la grande majorité des suffrages. Cela prouve que la question est mûre pour un examen approfondi.

C'est cet examen qu'aujourd'hui nous sollicitons de vous, souhaitant de tout notre cœur que la solution aboutisse sous votre prochain décanat.

Vous me pardonnerez, Messieurs, la longueur insolite de cette allocution, en faveur de la conclusion qui s'impose :

Je porte un toast à l'union de tous, anciens et nouveaux, pour le plus grand bien de la science et de l'enseignement dans une Faculté qui nous est chère à tous.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

d'Intérêt professionnel.

Syndicat médical du Puy-de-Dôme et du centre.

Assemblée générale du 11 novembre 1901.

La séance est ouverte à quatre heures du soir, salle des Conférences de l'Ecole de Médecine.

Étaient présents : MM. les docteurs Bousquet, président, Guillemin, secrétaire, Gautrez, trésorier ; Dourif, du Cazal, Pojolat, Lepetit, Bide, Mally, Bastide, Cohendy, Moureyre, Dubois, Attaix, de Clermont-Ferrand ; Coutances, de Montferrand ; Cornet, d'Aubière ; Besserve, de Pont-du-Château : Argellier, de Billom ; Chognon, de Saint-Jean-des-Ollières ; Veyret, de Courpière ; Dauphant, de Celles ; Joubert, de Thiers ; Grasset. Roux, Roulet, de Riom ; Conchon et Machebeuf, de Châtel-Guyon ; Bassin, d'Ennezat ; Bouleau, de Pontaumur ; Pipet, de Besse ; Pipet Albert, d'Issoire ; Menut, de Brassac ; Levadoux, de Saint-Germain-Lembron ; Force, de Sauxillanges.

M. le docteur Bousquet rend compte au Syndicat d'un incident survenu à la dernière séance du Conseil général, qui a légitimé la lettre suivante, adressée à M. le Préfet par les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

Les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Clermont à M. le Préfet du Puy-de-Dôme :

« Monsieur le Préfet,

« D'après les versions des deux journaux qui, à Clermont-Ferrand, rendent compte des séances du Conseil général, vous auriez, dans la séance du 27 août dernier, incriminé les médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Clermont-Ferrand d'avoir reçu de l'argent des indigents hospitalisés dans les salles de l'Hôtel-Dieu pour soins donnés à eux par ces médecins ou chirurgiens.

« Nous pensons, Monsieur le Préfet, que les rédacteurs des journaux ont mal interprété votre pensée et serons heureux d'avoir de votre part des explications nettes sur ce sujet. Le compte-rendu des séances laisse, en effet, planer un doute sur notre honorabilité, et vous serez le premier à comprendre que nous ne pouvons rester sous le coup de semblable accusation.

« Recevez, etc.

« Signé : Drs Bousquet, Tixier, du Cazal, Planchard, Maurin, Gautrez, Pojolat.

Ont adhéré, mais absents, n'avaient pu signer : les docteurs Lepetit et Bide.

Clermont-Ferrand, le 4 septembre 1901.

Dès le lendemain, nous recevons la réponse ci-contre :

Préfecture du Puy-de-Dome.

Cabinet du Préfet.

Clermont-Ferrand, le 4 septembre 1901.

Messieurs,

En réponse à votre lettre de ce jour, je m'empresse de vous faire connaître que je n'ai nullement déclaré ou laissé croire au Conseil général que les médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Clermont-Ferrand avaient reçu de l'argent des malades hospitalisés dans les salles de l'Hôtel-Dieu.

J'ai dit que le tarif de chirurgie proposé contenait des opérations qui le plus souvent se faisaient dans les hôpitaux.

Recevez, etc.

Le Préfet,
Signé : Paul Joly.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Le Président rend ensuite compte des réclamations qui ont été adressées au bureau du Syndicat, au cours de l'année.

1° Le docteur Bouleau, de Pontaumur, a appelé l'attention sur les agissements d'un étudiant en médecine qui.ayant à peine huit inscriptions, éprouvait déjà le besoin de se livrer à la pratique de l'art. Le Bureau du Syndicat, après examen des faits, a écrit au délinquant pour le prier de cesser cette manière d'agir, le menaçant, s'il continuait, de réclamer contre lui les rigueurs de la loi. Le Président fait observer combien il est regrettable que l'on ait ainsi à rappeler au sentiment des convenances des jeunes gens qui dans quelques années prendront place dans les rangs du corps médical.

2° Un confrère, qui désire garder l'anonyme, est venu, ajoute ensuite le docteur Bousquet, me raconter, ces jours derniers, une série de faits sur lesquels je crois devoir demander l'avis du Syndicat. Un habitant du pays où habite le docteur X... a raconté publiquement, dans sa boutique, car cet honorable citoyen possède une boutique, que notre confrère *était sourd*. Cette affirmation ayant donné naissance à une série de racontars qui pouvaient détourner les clients du docteur X..., notre confrère, qui avait trouvé des témoins assez honnêtes pour affirmer avoir entendu ces propos, a traduit le coupable devant le juge de paix de son canton. Ce magistrat s'est déclaré incompétent, sous prétexte que le fait de dire de quelqu'un qu'il est affecté de surdité ne porte atteinte ni à sa considération, ni à son honneur.

Le Président fait remarquer au Syndicat que cette manière de voir peut être parfaitement juste, lorsqu'il s'agit d'un simple particulier, mais comme un médecin a besoin de l'intégrité de ses sens pour soigner ses clients, il considère que le fait d'accuser un médecin d'être sourd peut lui nuire considérablement et demande l'avis du Syndicat.

Tous les membres présents abondent dans ce sens et, après une courte discussion, le Président met aux voix la proposition suivante :

« Les médecins, membres du Syndicat du Puy-« de-Dôme et du Centre, réunis en Assemblée « générale, le 11 novembre 1901 ;

« Après avoir entendu les explications du Pré-« sident ;

« Considérant que le fait de dire publiquement « qu'un médecin est sourd ou atteint de toute au-« tre infirmité est de nature à porter un préju-« dice grave à ce praticien :

« Sont d'avis qu'il y a lieu, pour lui, à déférer la « diffamation devant les tribunaux compétents « et invitent le Bureau du Syndicat à se mettre « à la disposition du confrère et à lui prêter tout « son concours pour telle action qu'il jugera né-« cessaire. »

Cette résolution est votée à l'unanimité des membres présents.

M. le Président expose ensuite que les membres du Bureau du Syndicat résidant à Clermont au nombre de trois seulement, se réunissant régulièrement, désireraient, pour mieux étudier les affaires qui leur sont soumises et donner à leurs décisions plus d'autorité, qu'il leur fût adjoint deux autres membres. — Il propose au choix de l'Assemblée MM. les docteurs Lepetit, de Clermont-Ferrand, médecin légiste, et Coutances, de Montferrand. — La proposition est adoptée.

M. le docteur Gautrez, trésorier, fait connaître la situation financière de la Société.

Les dépenses de l'année se sont élevées à	170 66
Les recettes à	587 »»
d'où un excédent de recettes de....	416 34
En y ajoutant l'excédent de l'exercice précédent	629 57
et la valeur des 75 fr. de rente 3 %..	2.500 »»
L'avoir total de la Société se trouve de	3.545 91

M. le Président donne alors lecture d'un travail intitulé : *Quelques conseils à nos confrères* et portant sur la nécessité des Syndicats et l'urgence de se grouper en masse pour faire aboutir les revendications du Corps médical.

Après un échange d'observations entre les membres de l'Assemblée, le vœu soumis à son approbation est voté à l'unanimité, et des remerciements sont adressés au Président pour les soins qu'il a pris de mettre sous les yeux des confrères les diverses questions auxquelles il importe dans l'intérêt des médecins de donner une prompte solution.

M. le Président ajoute qu'il conseille aux jeunes confrères, non seulement de se liguer pour mieux défendre les intérêts professionnels, mais aussi de faire acte de solidarité et de prévoyance en s'inscrivant aux différentes caisses qui leur assureront, en cas de maladie pour le présent, en cas d'infirmités dans l'avenir, des ressources qui leur permettront de garder leur indépendance et de couler tranquilles leurs vieux jours.

M. le docteur Gautrez rappelle que l'Association générale, moyennant un droit d'entrée de 12 fr. et une cotisation annuelle de 20 fr., assure à tous les médecins besogneux et devenus incapables d'exercer des secours variant avec leurs besoins. — Des pensions viagères de 800 fr. et qui seront bientôt portées à 1.200 fr. sont accordées aux confrères qui, après avoir fait partie pendant quinze ans de la Société, sont reconnus incapables d'exercer, et cependant n'ont pas les ressources suffisantes pour vivre et élever leurs familles.— Deux confrères MM. M..., de Volvic, et D..., de Vertaizon, jouissent à l'heure actuelle d'une pension viagère.

Les veuves et les orphelins en détresse sont secourus. C'est ainsi que l'Association locale distribue chaque année à plusieurs veuves de confrères une somme totale de 700 fr. En cas d'insuffisance de ressources de la Société locale, l'Association générale lui vient en aide pour remplir cette mission de solidarité.

Une caisse indemnité-maladie, et une caisse de retraite de droit viennent d'être créées au sein de l'Association qui s'est affiliée pour cela « la Société dite l'Amicale » et la « Caisse des retraites de droit ».

On ne saurait trop insister sur l'intérêt considérable que présentent toutes ces œuvres. —Aux uns, elles offrent le moyen de garantir le présent et d'assurer l'avenir ; c'est dans leur propre intérêt et dans celui de leur famille qu'ils doivent venir à l'Association. Ils y trouveront la plus cordiale confraternité en même temps qu'aide et protection pour eux et les leurs. — Aux autres, à ceux que la fortune a favorisés, elles permettent de faire acte d'une saine et réconfortante solidarité, en faisant rejaillir sur les déshérités

de la profession un peu de ce bien-être dont ils sont heureux de jouir.

Le docteur Gautrez termine en faisant remarquer que l'Association ne se contente pas d'être une Société de Secours mutuels, qu'elle est en même temps une Société de défense des intérêts professionnels au même titre que les Syndicats.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à six heures.

Le soir, le banquet traditionnel a réuni à l'hôtel de la Poste une trentaine de confrères et, après un gai repas, on s'est séparé en prenant rendez-vous pour le onze mai 1902, date à laquelle il a semblé à la plupart des membres présents que le Syndicat devrait à nouveau se réunir. — Une seule réunion annuelle ne permet pas, en effet, aux confrères de se tenir suffisamment en contact les uns des autres pour le règlement des grandes questions pendantes.

REPORTAGE MÉDICAL

Le dispensaire pédagogique de Paris, 49, rue Saint-André-des-Arts, 49.— *But et organisation*. — Le dispensaire pédagogique, fondé à Paris en 1888, est consacré d'une façon générale au traitement des maladies nerveuses et mentales et de toutes les manifestations de la dégénérescence mentale chez les enfants.

Il est consacré d'une façon spéciale au traitement par la suggestion hypnotique des anomalies morales et des impulsions morbides présentées par les enfants vicieux, nerveux ou arriérés (*Méthode hypno-pédagogique*).

Le dispensaire pédagogique a également pour but de faciliter les recherches psychologiques et les études relatives à la pédagogie expérimentale.

Il est également destiné à fournir un enseignement pratique permanent aux médecins et aux étudiants qui désirent s'initier aux applications de l'hypnotisme et de la psychothérapie.

Comité de patronage.— Le dispensaire pédagogique est placé sous le patronage de savants, de professeurs et d'hommes éminents dont les travaux font autorité en hypnologie, en thérapeutique et en sociologie. Parmi les membres de ce comité, nous devons citer :

MM. les Drs Dumontpallier, Mesnet, Luys, Albert Robin, Huchard, membres de l'Académie de médecine de Paris ; M. le Dr Charles Richet, professeur à la Faculté de médecine ; M. Tarde, professeur au Collège de France ; M. H. Monod, membre de l'Académie de médecine et directeur de l'hygiène publique ; M. Jules Soury, professeur à l'Ecole des Hautes-Etudes ; M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière ; M. le Dr Liébeault, de Nancy, etc.

Enseignement. — L'enseignement des diverses questions étudiées au dispensaire pédagogique est donné sous les formes suivantes :

1° Cours faits pendant le semestre d'hiver par les professeurs.

2° Conférences générales par les professeurs ou par des savants français et étrangers sur des sujets se rattachant à la psychologie et à la pédagogie.

3° Cours libre à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. (Semestre d'été). (*Psychologie physique et pathologique,— Applications cliniques, pédagogiques et médico-légales de l'hypnotisme*).

4° Démonstrations pratiques de psychothérapie, d'hypnotisme thérapeutique et de pédagogie suggestive.

5° Démonstrations de psychologie expérimentale et présentation d'instruments de recherches.

6° Consultations données au dispensaire pédagogique. (Les médecins et les étudiants régulièrement inscrits sont admis à y assister).

Etudes et enquêtes. — Indépendamment des études et des recherches personnelles, publiées par les médecins du dispensaire dans la *Revue de l'Hypnotisme et de la psychologie physiologique*, le dispensaire pédagogique poursuit actuellement plusieurs enquêtes :

1° Enquête sur la fréquence des habitudes automatiques chez les enfants (onychophagie, onanisme, kleptomanie).

2° Enquête sur les tatouages portés par les enfants et les adolescents.

3° Enquête sur l'alcoolisme chez les enfants.

Un grand nombre de documents relatifs à ces enquêtes ont déjà été recueillis.

Chicago. — La North-Wersten University de Chicago, qui comptait soixante-dix jeunes femmes étudiant la médecine, refuse dorénavant de préparer des femmes aux examens médicaux, sous prétexte qu'elles sont par trop inférieures à leur tâche et que, du reste, le public ne veut plus d'elles comme médecins.

L'inventeur de la Thermométrie médicale.— D'après MM. Hallopeau et Poussin, cet inventeur serait un médecin du Périgord qui vivait dans la première moitié du dix-septième siècle, Jean Rey, sieur de la Pérotasse, propriétaire de la Forge de fer, à Rochebeaucourt, dans la Dordogne.

Il imagina le thermoscope ou thermomètre à eau, et la *Revue Scientifique* publie le passage suivant, d'après lequel, il aurait appliqué cet instrument à la clinique (?)

« Ce n'est rien plus qu'une petite phiole ronde « ayant le col fort long et deslié. Pour m'en servir, « je la mets au soleil et parfois à la main du fébri- « citant ; l'ayant tout remplie d'eau fors le col, la « chaleur dilatant l'eau fait qu'elle monte ; le plus « et le moins m'indiquant la chaleur grande ou pe- « tite ».

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4771. — M. le docteur Lebrun, d'Ambrières (Mayenne), membre de l'Association et du Syndicat de la Mayenne.

N° 4772. — M. le docteur Durand, de Montreuil-sous-Bois (Seine), présenté par M. le docteur Garavel, de Montreuil-sous-Bois, membre du Syndicat des médecins de la Seine et de l'Association médicale mutuelle des médecins de la Seine.

N° 4773. — M. le docteur Doubrère, de la Brède (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde, du Syndicat suburbain de Bordeaux et de l'Association Amicale des médecins français.

N° 4774. — M. le docteur Graverry, de Meaux (Seine-et-Marne), secrétaire de l'Association des médecins de l'arrondissement de Meaux.

N° 4775. — M. le docteur Sauvage, de Quiberon (Morbihan), membre du Syndicat du Morbihan et présenté par M. le docteur Jardin, d'Auray.

N° 4776. — M. le docteur Guitton, de Saint-Calais (Sarthe), membre de l'Association des médecins de la Sarthe.

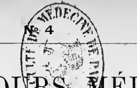
NÉCROLOGIE

C'est avec un vif regret que nous apprenons à nos lecteurs la mort du Dr Le Baron, président d'honneur du Syndicat des médecins de la Seine ; il avait été l'un des vice-présidents les plus actifs du Congrès de Déontologie ; ainsi que celles de MM. les Docteurs Avenel, de Gisors (Eure) ; Peyraud, de Vichy (Allier) ; Debay, de Robecq (Pas-de-Calais) ; Vizerie, de Heuchin (Pas-de-Calais) ; Morel, de Saint-Cyr-en-Bourg (Maine-et-Loire) ; Baraduc, de Paris, membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 4 25 JANVIER 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles, Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Peu en veine de moralisation aujourd'hui, je demande la permission à nos lecteurs de passer la plume à un de nos excellents confrères de la Gironde qui a donné récemment au *Journal de médecine de Bordeaux* l'intéressante causerie qui suit : H. J.

Probité professionnelle.

Je lisais, dernièrement, l'histoire suivante dans un de ces jounaux dits de médecine que nous envoient gratuitement d'ingénieux et richissimes industriels. Un jeune médecin vient s'établir en un chef-lieu de canton, où exercent déjà deux autres confrères. Ceux-ci, qui habitent le pays depuis vingt-cinq et trente ans, frisent l'un et l'autre la soixantaine.

En face de leur maturité encore alerte, mais dont l'activité antérieure a été refrénée par les nombreuses leçons de l'expérience, se dresse et bourdonne l'agitation fébrile du nouveau venu. A peine est-il installé qu'il emplit la contrée de sa remuante personne, n'arrivant que pour repartir, toujours en route et toujours aux aguets. Et, il se passe alors ce que l'on voit partout, en semblable occurrence. Au cabinet du jeune docteur affluent, de tous côtés, les incurables du pays : cancéreux inopérables, alcooliques invétérés, scrofuleux, croûteleux, névropathes et neurasthéniques de tout sexe et de tout âge, podagres, graveleux, rétrécis, pieds bots et même manchots, la sombre et lamentable théorie des victimes de leur hérédité, de leurs passions, de leur misère ou de notre ignorance relative.

La médecine étant censée en progrès constant, il va de soi que les jeunes médecins bénéficient de cette opinion très répandue et aussi, ne l'oublions pas, de la croyance toujours vivace en notre pouvoir quasi-surnaturel... quand on ne nous connaît pas encore. Dans la foi aux nouveaux venus entre une bonne dose de cette crédulité naïve. Ceux-là seuls qui sont vraiment dignes du succès tireront parti plus tard de cet engouement des premiers jours. Les autres, c'est à dire l'immense majorité, subissent la loi de l'équilibre de température des corps voisins. Après cette ascension brusque, la chaleur de l'enthousiasme populaire redescend et se maintient à son degré moyen. Chacun reprend sa place et se trouve traité suivant son mérite.

Mais notre jeune homme ne l'entendait pas ainsi et, monté sur le faîte, il n'aspirait à rien moins qu'à en descendre. Son dessein était, au contraire, de s'y maintenir le plus longtemps possible et même de s'élever plus haut. Il lui aurait fallu une cure sensationnelle, quelqu'opération retentissante et réussie. Il attendait, anxieux, lorsque l'occasion cherchée lui fut enfin offerte. On l'envoyait un jour chercher en toute hâte, pour une châtelaine du voisinage, comtesse très richement apparentée et qui venait d'être prise des douleurs de l'enfantement.

Notre homme accourt et, par un examen rapide, se convainct qu'il s'agit d'une classique et très bourgeoise O. I. G. A. et que le travail est commence. Donc, rien à faire qu'à attendre l'issue de l'événement, et du futur vicomte ou de la future vicomtesse. Le rôle du médecin n'est

pas ici extrêmement brillant, mais il est délicat et peut être fort utile en cas d'accroc toujours possible.

Mais, le hère dont on nous conte l'aventure, avait rêvé d'une gloire plus haute, et fait, en une aperception instantanée, le calcul suivant : Si je laisse faire, c'est cinq louis, au maximum ; si j'opère, c'est vingt-cinq louis. Il n'y a pas à hésiter. Le voilà donc qui, doucettement insinue à la parturiente « qu'il y a quelque chose qui ne va pas comme il faudrait... Oh ! rien de sérieux.. Cependant, il se verra probablement contraint d'intervenir avec les fers..., la vie de l'enfant pourrait dépendre d'une hésitation... et patati et patata. La pauvre femme accepte ; comment faire autrement ? Et notre accoucheur saisissant l'instant propice, happe la tête au passage et délivre, sans autre accident, sa nouvelle et noble cliente. Le bruit de cette brillante prouesse est naturellement tambouriné dans le pays, ce qui grandit d'autant la réputation de ce singulier émule des Pajot et des Budin. Quant à lui, il dit, en se frottant les mains : « Ça va bien maintenant, pourvu que cela dure ! »

Voilà toute l'histoire contée par son auteur avec un petit air de satisfaction tout à fait prudhomesque. Celui-ci, qui est peut-être médecin, n'hésite pas une minute ; à aucun endroit de son récit ne pointe la plus légère critique des agissements du jeune *struggle for lifer* ; rien ne laisse supposer qu'on se soit douté de l'immoralité d'une pareille aventure. La seule leçon qu'on prétende en tirer est cette réflexion d'une philosophie extrêmement simpliste en son égoïsme naïf : Ça va bien maintenant, pourvu que cela dure ! Cela durera, n'en doutez pas, jeune homme, cela durera même longtemps encore au train dont vont les choses. Notre veulerie morale ne s'insurge plus contre ces manquements à la probité professionnelle. Il y a même gros à parier que beaucoup de confrères ont lu l'histoire, sans y entendre malice. Là est le mal et le danger. Je m'empresse d'ajouter que l'auteur ne l'a pas contée aussi crûment que je l'ai fait plus haut. Il y a mis quelque forme. On laisse entendre, on insinue, en souriant, que le jeune confrère est un roublard, qui connaissant les roueries du métier, ne se laissera pas duper par les clients. Et d'ailleurs, à qui a-t-il, en agissant comme il l'a fait, porté un préjudice sérieux ?

A la bourse de la comtesse, peut-être ? Peuh ! Celle-ci n'est-elle pas assez bien garnie pour solder cette sorte d'arrhes prises sur les déchets de la clientèle future ? On pourrait plaider, en ce sens, pendant longtemps.

Mais il ne s'agit pas de plaider ; nous ne sommes pas devant des juges, mais devant notre conscience. Or, celle-ci, d'accord avec une tradition multiséculaire, dit que toute intervention entreprise par le médecin dans le seul but de se faire de la réclame ou de toucher la forte somme est une action répréhensible et, dans certains cas, peut être un crime, précisément parce que, seul en face du malade, le médecin n'a d'autre arbitre que sa conscience. Il en résulte que cette conscience, notre juge suprême et sans appel, doit, pour jouer le rôle qui lui est assigné, être maintenue par nous toujours en éveil, toujours sur le qui-vive, intègre et forte, intransigeante et impassible. Nous ne devons pas oublier que dans ces questions si délicates, seul le médecin, par un privilège presqu'exclusif à sa profession, peut manier l'argent sans en souiller ses mains.

En vertu d'un paradoxe singulier, l'idéal de notre action professionnelle est, en effet, d'agir à peu près constamment, en un sens directement opposé à nos intérêts matériels. Comparez le rôle social du médecin avec celui du négociant, et, pour rendre la comparaison plus saisissante, considérez les grands manieurs d'argent du Nouveau-Monde, les milliardaires américains. Quel but poursuivent-ils tous, les rois du pétrole, de l'or, du charbon ou du blé ? Amplifier, multiplier à l'infini les sources de leurs profits, ne reculant devant rien, pas même devant un crime de lèse-humanité : la famine, pour satisfaire leurs convoitises, qui croissent avec leurs gains.

Et, sauf de rares philosophes et quelques économistes naïfs qui protestent en vain, quelle est l'opinion du monde sur ces écumeurs de la fortune publique ? Un sentiment fait d'admiration béate et d'envie impuissante. Un chroniqueur contait, l'autre jour, une anecdote bien caractéristique. Dans un procès où figuraient comme témoins des personnages de grande marque, le public laissait défiler, indifférent, hommes de lettres, généraux, magistrats et sénateurs ; tout à coup une houle se soulève, les têtes se penchent, les lorgnettes se dressent : on venait d'appeler à la barre un haut baron de la finance.

Il en est, en a été, et en sera longtemps ainsi, ce qui donne à ma démonstration une force nouvelle. Donc, tout homme qui entreprend un négoce n'a et ne peut avoir logiquement d'autre pensée que d'augmenter les bénéfices que lui donne ce négoce. Il consacre à cette tâche tout ce qu'il a d'expérience, de science et d'énergie.

Or, il se trouve que le médecin, par une obligation non moins stricte et non moins logique, emploie toute sa science, son expérience et son énergie à diminuer, et même à supprimer totalement l'objet même de son trafic, la source unique de ses revenus.

Qu'est-ce qui fait vivre le médecin ? — Le malade. — A quel moment et dans quelles conditions recueille-t-il les plus gros bénéfices de ce malade ?

Nos revenus s'accroissent en raison directe du nombre de nos malades et de la gravité ou de la longueur de leurs maladies.

Or, à quoi passons-nous notre temps ? A quoi employons-nous notre science, notre éloquence et notre talent ? A supprimer une à une les causes des maladies et à rendre de moins en moins graves et de moins en moins longues celles qu'on ne peut éviter.

En un mot, et je le répète, nous faisons exactement le contraire de ceux qui se livrent au négoce : nous travaillons à tarir la source de nos revenus.

Sommes-nous donc des insensés ? Non, mais des hommes qui, par destination sociale, tout en ayant le droit de tirer un profit légitime des services rendus à leurs semblables, doivent s'interdire de majorer ces bénéfices par des manœuvres déloyales. De telle sorte que l'action contée plus haut, qui, au point de vue commercial, peut être considérée comme un truc ingénieux, devient, pour nous, une belle et bonne escroquerie aggravée d'abus de confiance...

Voilà de bien gros mots pour une histoire, va dire quelqu'un. Non, les mots ne sont pas trop gros, ils sont justes et il est bon que ces choses-là soient dites — ou répétées — de temps en temps à ceux qui doivent les entendre.

Dr A. CORIVEAU.

LA SEMAINE MÉDICALE

Alimentation gélatinée et plasticité du sang.

MM. les Drs *Marc Laffont* et *André Lombard* ont rapporté dans la *Tribune Médicale* les résultats de leurs expériences sur l'action de l'alimentation gélatinée dans les cas où la plasticité du sang est modifiée.

« Le sang charriant dans l'organisme les nombreuses substances utiles à la nutrition ou produits d'excrétion, outre qu'il subit des variations continuelles dans sa constitution chimique, subit aussi des modifications incessantes dans sa constitution anatomique et physique.

« Il est, en outre, dans certains organes, soumis tantôt à des pressions, tantôt à des dépressions qui varient selon le moment et le point de l'organisme où a lieu l'examen, et sous de multiples influences tant physiologiques que pathologiques.

« Et, de même que dans les usines, les distilleries, on a des filtres appropriés à chaque liquide à filtrer; de même il existe dans la complexité de l'organisme des organes spécialisés en vue de filtration isolée et distincte de chaque élément.

« L'albuminurie, quelles que soient son étiologie et sa pathogénie, est un symptôme qui indique une souffrance de l'organisme, par suite de modifications dans la constitution moléculaire du sang. Par sa prolongation, par sa persistance, ce symptôme peut amener des lésions dont la gravité et la profondeur iront en augmentant. Et c'est ainsi qu'à l'albuminurie, simple trouble circulatoire, traduisant d'abord, puis provoquant un trouble nutritif, succèdera une néphrite avec des lésions anatomiques. Alors altéré dans sa crase, en passant lui-même à travers un filtre altéré, le sang perdra des quantités de plus en plus notables d'albumine. A ce moment, l'albuminurie ne sera plus seulement le symptôme d'une nutrition viciée, mais celui d'une maladie autonome, ayant sa caractéristique anatomique.

« Pour les diabètes, on peut faire le même raisonnement. Au début, on observe de la glycémie simple, puis l'albuminurie amenant de l'irritation rénale, le sang se charge d'un excès de glucose que le foie n'emmagasine plus.

« Quand la plasticité du sang est inférieure à la normale en un mot, chez les hémophiles, on observe d'abord une transsudation séreuse du plasma à laquelle fait suite le passage des éléments anatomiques, favorisé par l'altération des parois vasculaires ; à l'osmose, phénomène purement physique, a succédé l'altération vasculaire, lésion anatomique.

« En considérant ces trois séries de phénomènes, qui se montrent tantôt associés, on voit qu'ils sont reliés, par leur origine, dans la constitution moléculaire du sang. En résumé, on se trouve en présence de modifications cryoscopiques, de modifications dans la densité du sang.

« Cette similitude d'origine nous a conduits à essayer contre ces divers symptômes une médication analogue, destinée à augmenter, dans tous les cas, la plasticité, la densité de la masse sanguine. Les travaux antérieurs de M. Lancereaux avaient montré la grande importance des injections de gélatine, quand il s'agit d'augmenter la coagulabilité du sang. Cette méthode, qui présente parfois des dangers, mais souvent des inconvénients, nous a paru pouvoir être rendue plus pratique, à la condition d'administrer la gélatine d'une manière différente. D'une façon systématique, nous avons fait prendre à chacun de nos malades 300 grammes de solution de gélatine à 5 %, en plusieurs fois dans la journée, par la voie gastrique. »

Trois albuminuriques traités par les auteurs de cette manière ont guéri de leur albuminurie en quelques semaines ; des glycosuriques traités de la même façon ont vu leur sucre diminuer de dix grammes en dix jours environ et ainsi de suite jusqu'à disparition complète.

En somme, ces expériences tendraient à faire attribuer une réelle efficacité aux solutions concentrées de gélatine, même prises *ab ore*.

Mais alors, le bouillon d'os, qui est une véritable solution de gélatine, ne serait pas si nuisible ou tout au moins si indifférent que les hygiénistes et surtout les bactériologistes ne cessent de le proclamer depuis quelque vingt ans. C'est la réhabilitation du bon bouillon, comme aliment des malades et surtout des convalescents ! Juste retour aux pratiques de nos pères !

L'acide salicylique contre les verrues.

L'acide salicylique a fait depuis longtemps ses preuves dans le traitement des éruptions verruqueuses.

Il est actuellement employé dans le service de M. Gaucher sous forme de pommade au 1/40. On ordonne au malade d'avoir, toutes les nuits, à enduire de cette pommade les téguments où siègent les verrues.

On peut se servir de la formule suivante (*Etoile médicale*) :

Acide salicylique.........	1 gramme
Précipité blanc..........	5 —
Vaseline....	40 —

La pommade à l'acide pyrogallique est certainement plus active, mais elle présente deux inconvénients graves ; elle tache le linge et elle est toxique ; il s'en suit que, surtout chez les enfants, il faut d'abord recourir aux préparations salicylées, et, en cas d'insuccès seulement, prescrire l'acide pyrogallique au 1/10 ou au 1/20 suivant les cas.

Radiographie et diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. le Dr *Béclère* a exposé au dernier Congrès de la tuberculose, la technique la plus pratique pour obtenir de sérieuses données diagnostiques au moyen des rayons X.

Le sujet examiné, pour éviter la fatigue et conserver la liberté des mouvements respiratoires, particulièrement la liberté des mouvements du diaphragme, doit être couché sur le dos ou, de préférence, assis sur un siège élevé, de hauteur

réglable, comme les tabourets de piano, et ayant la forme d'une selle de bicyclette, de manière à permettre l'extension presque complète des cuisses sur le bassin.

L'observateur, pour être en possession d'une très grande sensibilité rétinienne à la lumière, doit demeurer pendant quelque minutes dans l'obscurité avant de commencer l'examen radioscopique. Des mensurations précises ont appris qu'après 10 minutes de séjour dans l'obscurité, la sensibilité de la rétine à la lumière de l'écran fluorescent est devenue 50 à 100 fois plus grande qu'elle n'était primitivement ; elle devient environ 200 fois plus grande après 20 minutes d'obscurité et, passé ce temps, elle grandit encore.

Il est préférable que le générateur d'énergie électrique chargé d'alimenter l'ampoule de Crookes ait une certaine puissance ; cependant il n'est pas nécessaire que cette puissance soit très grande. En effet, peu importe une différence du simple au double dans la longueur de l'étincelle que peut fournir une machine statique ou une bobine d'induction, quand c'est au centuple et 2 fois au centuple que le séjour dans l'obscurité fait grandir la sensibilité lumineuse de l'observateur. M. Béclère emploie journellement une petite machine statique de Wimshurst à 4 plateaux, simplement mise en mouvement à la main, avec une manivelle, et assez peu volumineuse pour être très facilement transportable ; elle suffit pour donner, sur l'écran fluorescent, à des yeux convenablement préparés par quelques minutes de séjour dans l'obscurité, une excellente image des organes thoraciques.

En revanche il est indispensable que le pouvoir de pénétration des rayons de Rœntgen, variable avec la résistance électrique de l'ampoule de Crooke, soit, toutes choses égales, exactement adapté à la sensibilité lumineuse de l'observateur. Au cours d'un examen radioscopique prolongé, la résistance électrique de l'ampoule doit diminuer à mesure que la sensibilité lumineuse de l'observateur devient plus grande. Mesurée par la longueur de l'étincelle équivalente, au moyen du spintermètre, elle peut descendre de 9 centimètres environ à 3 centimètres et au-dessous.

Pour cette raison, les ampoules munies d'un régulateur de vide qui permet de faire varier à volonté, avec leur degré de vide, leur résistance électrique et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elles donnent, sont de beaucoup préférables aux autres. Rien ne vaut, à ce point de vue, les ampoules munies de l'osmo-régulateur imaginé par M. Villard.

Il n'est pas moins indispensable que l'ampoule, très facilement mobile, puisse être, au cours de l'examen radioscopique, placée par l'observateur en regard de tel ou tel point du thorax examiné. Cette condition est réalisée par le châssis porte-ampoule.

Mais il est utile surtout de pouvoir resserrer à volonté le faisceau divergent des rayons de Rœntgen qui traversent le thorax, de manière à restreindre la surface illuminée de l'écran ; c'est le moyen d'augmenter beaucoup, sur l'image radioscopique de la région plus particulièrement examinée, la précision des contours et la netteté des détails.

Dans ce but, on se sert d'un diaphragme de plomb, à ouverture variable, qui est une simplification du diaphragme-iris des microscopes. Ce diaphragme-iris, fixé au-devant de l'ampoule et mobile avec elle, est complété par un petit instrument, l'indicateur d'incidence, qui montre à chaque instant, au cours de l'examen radioscopique, quelles que soient la position de l'ampoule et l'attitude du malade, le point de l'écran perpendiculairement frappé par les rayons de Rœntgen : c'est au voisinage immédiat de ce point, dit point d'incidence normale, que l'image radioscopique se rapproche le plus par la forme et les dimensions, de celles de l'organe correspondant.

C'est ainsi que, dans l'examen radioscopique d'un malade atteint ou soupçonné de tuberculose, on commence par prendre une vue d'ensemble des organes thoraciques en élargissant au maximum l'ouverture du diaphragme-iris, puis on déplace l'ampoule de manière à ce que le rayon d'incidence normale traverse le sommet de la poitrine et on rétrécit l'ouverture du diaphragme-iris jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus sur l'écran que l'image des régions sus-claviculaires des deux poumons. Enfin, on fait varier la résistance électrique de l'ampoule et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle donne de manière à obtenir le plus grand contraste possible entre les parties claires et les parties sombres de l'image radioscopique.

Telles sont les conditions qui rendent plus précise et plus sûre la radioscopie appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, à ses débuts.

Les microbes du cancer.

M. le Dr *Doyen*, qui est aussi bien un maître en bactériologie qu'en chirurgie opératoire, a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur le suc cancéreux et ses microbes, qu'il étudie depuis 1887 et 1888.

« Les cultures positives donnent, sans exception et à l'état de *pureté*, un microcoque qui ne se développe le plus souvent qu'au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, parfois au bout de quatre ou cinq jours. On trouve alors dans le bouillon des diplocoques et des courtes chaînettes d'éléments de grosseur très variable. Ces chaînettes se bifurquent fréquemment en Y. Transplanté sur un milieu solide approprié, ce microcoque donne sur gélose une culture d'un blanc grisâtre uniforme, et qui s'attache à l'aiguille de platine en gros filaments visqueux.

Ce microcoque liquéfie très lentement la gélatine, et la partie liquéfiée présente une consistance oléagineuse.

Dans le bouillon, la culture est très analogue à celle du streptocoque pyogène et le milieu se clarifie rapidement. On obtient dans les ballons d'un litre, la formation d'un voile qui tombe petit à petit au fond du récipient.

Ce microbe est assez difficile à mettre en évidence sur les coupes, où il existe en petit nombre.

On le trouve de préférence dans les ganglions de la zone d'envahissement et dans les noyaux secondaires les plus éloignés de la tumeur originale.

Il existe dans le sang, dans les cas exceptionnels de « fièvre cancéreuse » et dans les lym-

phangites de la peau, dans les cas de « pseudo-érysipèle cancéreux ». Nous l'avons trouvé à l'état de pureté dans une tumeur secondaire du péricrâne survenue deux ans après l'ablation d'un cancer du sein sans récidive locale, et *dans un écoulement séreux du mamelon* chez une femme n'ayant pas de tumeur du sein et qui est en observation.

Le micrococcus neoformans, comme on l'a dénommé, est très petit. Dans le suc cancéreux ou sarcomateux frais, il se présente sous l'aspect de petits diplocoques mobiles, dont une sphérule est fréquemment plus volumineuse que l'autre. Parfois trois coccus sont en triangle ou bien une courte chaînette.

On obtient assez facilement des préparations de coccus colorés en étendant rapidement sur une lame de verre le produit du raclage d'une tumeur fraîche et en colorant 12 heures au violet phéniqué, après fixation à l'alcool absolu ou bien au sublimé acétique. On décolore à l'eau pendant 1 heure et on monte, après dessication, dans la résine dammar au xylol.

Les coccus isolés, qui sont plus nombreux que les diplocoques, sont très petits et mesurent fréquemment moins de 0,0005 dix-millièmes de millimètre de diamètre.

Un très petit nombre seulement des coccus qui prennent le violet phéniqué sont susceptibles de rester colorés, après action du carmin picrique phéniqué, par la méthode de Gram. Le sédiment des tubes infertiles doit être examiné par les mêmes procédés.

Si l'on examine heure par heure un des tubes qui donnera une culture, et de préférence un tube ensemencé avec une certaine quantité de suc cancéreux recueilli à la pipette, on observe uniquement, dans les premières heures, les coccus et les diplocoques décrits plus haut et qui se colorent à peine au violet phéniqué, puis, au bout de 15 à 18 heures, on remarque que ces coccus deviennent plus nombreux et prennent mieux le violet ; au bout de 18 à 24 heures, il y a des diplocoques nombreux et la plupart des éléments se colorent par la méthode de Gram.

Il suffit d'une très petite différence dans la composition du milieu de culture pour ne pouvoir obtenir aucun résultat positif. Au bout de 48 heures, la culture contient de courtes chaînettes et des amas d'éléments de grosseur très variable, dont une partie déjà cesse de demeurer nettement colorée par la méthode de Gram.

Les chaînettes se bifurquent fréquemment en Y et les grains, dont le diamètre varie de 0,0004 à 0,0020 dix-millièmes de millimètre, paraissent réunis par une sorte de gaine presque translucide, comme on l'observe d'ailleurs pour d'autres streptocoques.

On peut mettre en évidence sur les coupes des tumeurs en plein développement et dès ganglions fertiles, des coccus isolés et des diplocoques à grains souvent irréguliers, en faisant une double coloration au carmin picrique phéniqué et au violet phéniqué. Ces coccus et diplocoques sont très rares sur les coupes, aussi rares que les bacilles tuberculeux dans les coupes de tuberculose humaine.

Le micrococcus neoformans détermine expérimentalement chez les animaux, une inflammation éphithéliale intense suivie de la formation d'adénomes.

On observe dans les cellules épithéliales envahies une phagocytose intense. L'étude des coupes histologiques chez l'homme démontre que le cancer débute par un processus inflammatoire analogue. Les cellules épithéliales paraissent se multiplier pour détruire par phagocytose les éléments infectieux qui, bientôt, y prennent l'aspect de granulations indifférentes et deviennent incapables, soit de prendre les couleurs d'aniline, soit de se reproduire sur les milieux de culture.

L'injection sous-cutanée d'une solution stérilisée des toxines de ce microbe, atténuées par un procédé particulier, détermine chez les cancéreux, particulièrement au niveau des ganglions néoplasiques, une réaction assez comparable à celle que donne la tuberculine sur les ganglions tuberculeux.

L'injection post-opératoire de ce liquide a donné depuis 10 mois des résultats satisfaisants mais qui doivent être confirmés par une observation prolongée.

Il est surtout intéressant de signaler que les cultures virulentes sont tuées très vite, à la température ordinaire, par le chlorhydrate de quinine. Ce sont les cultures anciennes ainsi stérilisées et filtrées que l'on injecte depuis huit mois pour retarder la récidive du cancer. Ce procédé de stérilisation des cultures de divers microbes par le chlorhydrate de quinine, qui permet d'injecter aux animaux le contenu total des ballons, y compris les cadavres des microbes, nous paraît devoir être étudié sur d'autres espèces microbiennes : streptocoque, staphylocoque, bacille de la diphtérie, etc., etc., soit pour préparer directement une toxine immunisante pour l'homme, soit pour obtenir, chez le cheval, la production d'un sérum antitoxique.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par transfixion électrique.

M. le Dr *Guimbail*, partant de ce principe, que l'effluve statique, discipliné suivant certaines conditions, peut traverser le poumon et influencer le foyer bacillaire, a préconisé le manuel opératoire suivant :

« Après avoir réglé le débit de la machine statique, jusqu'à l'amener à son minimum, je place sur la face antérieure du thorax d'un malade, au niveau et en regard du foyer principal, une large électrode de métal souple, dont toute la surface est soigneusement isolée par une dissolution de caoutchouc, sauf en un point central, de la dimension d'une pièce de cinq francs environ, par où l'effluve se frayera passage. Sur la face postérieure du thorax, en regard de la première électrode, j'en place une seconde, dont l'isolement complet réunit les mêmes conditions. Je mets chaque plaque en communication avec l'un des pôles de la machine et je laisse passer l'effluve en augmentant progressivement le débit de l'électro-moteur jusqu'à ce que les sensations éprouvées par le malade commencent à devenir douloureuses.

« J'ai obtenu, à l'aide de cette méthode, des résultats des plus encourageants, qui se sont traduits par la diminution rapide de l'expectoration, l'abaissement de la fièvre, la suppression des sueurs nocturnes, l'augmentation de poids, etc. En même temps, l'auscultation et la percussion indiquaient la diminution d'étendue des régions

atteintes, le retour du fonctionnement des zônes péri-tuberculeuses, la disparition des phénomènes de congestion secondaire.

« La constatation d'effets aussi frappants m'engagea à utiliser un moyen de même ordre, mais qui me sembla devoir être encore plus actif ; je veux parler de l'emploi de la haute effluvation, c'est-à-dire de l'effluve produite par un courant de haute tension et de haute fréquence, à l'aide du résonateur de mon excellent ami le docteur Oudin. Cet effluve, infiniment plus puissant que celui de la machine statique, m'a donné des résultats dont le temps a désormais consacré la valeur définitive et qui dépassent de beaucoup la portée de tous les procédés thérapeutiques dont nous disposons contre la tuberculose.

« Dès les premières séances, les phénomènes morbides, tant subjectifs qu'objectifs, prennent une allure sensiblement plus bénigne. La restauration des forces générales, l'appétit, le sommeil, s'améliorent. La tension artérielle se relève. Le malade se sent plus dispos, plus en train, plus actif. L'état mental, les symptômes nerveux d'éréthisme général disparaissent.

« Ces procédés m'ont permis d'obtenir la guérison de la tuberculose par destruction, sur place, de l'agent infectieux principal aussi bien que des infections secondaires. Le foyer tuberculeux, pulmonaire ou viscéral, toujours accessible à ce procédé des plus actifs, devient curable au même titre que la tuberculose chirurgicale sur laquelle nous avons prise par les agents physiques.

« Dans le même ordre d'idées, M. le docteur Doumer poursuit, depuis plusieurs années, l'étude de l'action exercée par les courants de haute tension et de haute fréquence sur la marche et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. Les essais thérapeutiques ont porté sur 17 malades des deux sexes.

« Le procédé thérapeutique du médecin de Lille diffère sensiblement du mien en ce que son application électrique est unipolaire. Il promène seulement l'effluve provenant d'un puissant appareil sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses, tant en avant qu'en arrière, tandis que mon procédé est bi-polaire, et permet la pénétration de l'onde électrique au milieu des tissus de part en part du thorax.

« Les résultats de la méthode de M. Doumer sont des plus encourageants. La plupart des symptômes cèdent au bout d'un temps variable et l'évolution de la maladie est enrayée.

« Dès la cinquième ou la huitième application, les transpirations nocturnes commencent à diminuer pour cesser complètement vers la quinzième séance : la diminution de la fièvre, le retour de l'appétit, la modification de la toux et de l'expectoration se montrent vers ce moment ; plus tard, l'amendement des signes stéthoscopiques indiquent la guérison au moins symptomatique. M. Doumer en a obtenu plusieurs qui durent depuis plus de deux ans. »

L'idée d'appliquer l'énergie électrique au traitement de la tuberculose pulmonaire n'est pas précisément nouvelle. Dès l'année 1893, M. de Renzi, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Naples, obtint des résultats remarquables en soumettant les malades, tous les jours, pendant une heure, à l'action de courants voltaïques de 50ma environ. La pôle positif correspondait à la partie malade. Les effets se manifestèrent chez le malade par la suppression de la fièvre, l'augmentation du poids du corps, la diminution du nombre des bacilles dans les crachats, et par la disparition des épanchements dans les cas de pleurésie exsudative simple ou tuberculeuse, ainsi que dans celui de péricardite. M. de Renzi n'hésitait pas à attribuer ces résultats favorables à l'action microbicide des courants de haute intensité.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy.

Tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum.

(*Etude médico-chirurgicale.*)

Messieurs,

Il y a 5 semaines, la malade dont, aujourd'hui, je vais vous entretenir, a été opérée pour une tuberculose cæcale chronique. Le chirurgien lui a enlevé le cæcum, la partie de l'iléon voisine de la valvule, le côlon ascendant et une petite portion du côlon transverse, soit au total 27 centimètres 1/2 d'intestin. Le résultat de l'opération fut des plus satisfaisants : après 3 ou 4 jours, la patiente commença à s'alimenter et, le mieux faisant des progrès rapides, elle n'a pas tardé à guérir complètement. L'affection dont elle souffrait, cependant, datait déjà de loin. Pendant ces 18 derniers mois, elle s'était plainte de douleurs abdominales quelquefois légères, souvent aussi violentes, accompagnées d'une diarrhée tenace, rebelle à toute thérapeutique médicale. Bientôt, l'appétit avait diminué et elle maigrissait. Le traitement chirurgical a fait, pour ainsi dire séance tenante, table rase de tous ces phénomènes pathologiques. La diarrhée a cessé complètement, les douleurs se sont évanouies, l'appétit est redevenu excellent et l'embonpoint réapparut. La malade se sent très bien et se déclare radicalement guérie, appréciation exacte, car il n'y a plus le moindre vestige du mal ; c'est la guérison sans phrases.

Je vais maintenant profiter de cette observation pour étudier avec vous la tuberculose chronique du cæcum. Elle diffère beaucoup de la tuberculose chronique ordinaire de l'intestin et sa physionomie est absolument spéciale. Elle donne naissance, non pas à des ulcérations, mais à une hypertrophie des parois intéressées. Au lieu d'être disséminée sur toute la longueur du tube intestinal, elle se localise, pour former une véritable tumeur, sur le cæcum, le côlon ascendant, parfois le côlon transverse et l'extrémité de l'iléon. Son nom anatomique serait plutôt typhlo-colite tuberculeuse chronique. De plus, dans un grand nombre de circonstances, peut-être toujours, elle est primitive. La tuberculose pulmonaire l'accompagne dans 1/6e des cas seulement et, même alors, il est permis de penser que la bacillose du poumon lui est postérieure. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu un homme atteint de tuberculose cæcale. Souvent et pendant longtemps, je l'avais ausculté sans jamais rien découvrir, quand, un jour, il fit une bacillose pulmonaire évidemment secondaire. Malgré tout, bien entendu, la prédisposition, le

tempérament scrofuleux, jouent un rôle important dans l'étiologie de la maladie. Notre patiente, en particulier, a eu des scrofulides ganglionnaires du cou, assez développées pour qu'un chirurgien ait cru devoir lui en proposer l'ablation. Elle a pu en guérir avec des doses élevées d'huile de foie de morue. Son mari a succombé à la phtisie ainsi que ses deux enfants. En un mot, vivant dans un milieu bacillifère, elle a été atteinte, non pas aux poumons, mais aux dernières portions de l'intestin.

La symptomatologie de la tuberculose chronique hypertrophique du cæcum se réduit à quelques signes peu précis, ce qui rend le diagnostic fort délicat. Il est nécessaire cependant d'arriver à reconnaître la lésion de bonne heure avant qu'il se soit produit une généralisation du bacille aux ganglions lymphatiques ou à d'autres organes, pour permettre un traitement chirurgical précoce. Vous venez de voir quels succès la cure opératoire, appliquée en temps opportun, procure.

La maladie débute par de la diarrhée et des douleurs de ventre plus accusées dans la fosse iliaque droite. Cette dernière localisation éveille volontiers l'attention et fait penser à une appendicite. Plus souvent, on croit à une simple entérite et on prescrit successivement l'opium, le bismuth, les calmants, les anti-diarrhéiques. Momentanément un peu amélioré, le patient revient sans cesse pour les mêmes troubles qui durent ainsi des mois et des années. Le diagnostic d'appendicite est remis en avant, mais un instant de réflexion l'écarte immédiatement. L'hésitation n'est pas permise et l'erreur impossible. Je ne connais pas, en effet, permettez-moi le mot, de maladie plus correcte que l'appendicite ; elle ne trompe pas. La veille, le sujet était absolument bien portant et, le lendemain, il est frappé violemment avec, d'emblée, un cortège de symptômes abdominaux aigus ou subaigus pathognomoniques. C'est une crise, un ensemble, un bloc et non cette longue succession de douleurs vagues, sans caractères, alternant avec des périodes de calme et de bien-être.

Dans la tuberculose chronique hypertrophique du cæcum, tout se réduit pendant longtemps à la diarrhée et aux douleurs. L'état général et le faciès se maintiennent satisfaisants. Pendant les mois, voire les années, que dure cette période, le diagnostic est véritablement en suspens.

A la longue cependant, il se produit, à certains moments, des arrêts de matières fécales qu'on étiquette constipation. Puis la diarrhée reprend. Le malade finit aussi par s'émacier et perdre ses forces. L'abdomen reste douloureux, à droite surtout. Un jour, vous parvenez à découvrir, à cet endroit, la présence d'une tumeur formée par l'hypertrophie des parois du cæcum, la pérityphlite et l'infiltration des ganglions de l'angle iléo-cœcal.

Arrivé à la phase de tumeur, il devient indispensable de serrer le diagnostic de plus près, car l'heure de l'intervention est sonnée. Le palper montre dans la fosse iliaque et le flanc droit une tumeur du volume d'un œuf, du poing, allongée en général, s'élevant jusqu'à 6 ou 7 cm. des fausses côtes, en haut, s'approchant de la ligne médiane dont elle est distante de 5 ou 6 centimètres et descendant en bas vers l'arcade crurale qu'elle n'atteint pas. Est-elle douloureuse ? Oui, mais légèrement. Est-elle adhérente ? Peut-être, ou du moins il semble bien qu'elle tient quelque part. Il faut distinguer cette grosseur de toutes les néoplasies de l'abdomen.

Le malade maigrissant, la première idée se présentant à l'esprit est celle de lésion maligne, de cancer du cæcum. Est-ce fréquent, le cancer cæcal ? Oui, et les symptômes sont exactement les mêmes que ceux de la tuberculose ; même diarrhée, mêmes douleurs, mêmes occlusions passagères, même tumeur. Dans certains cas, il s'accompagne d'adénopathie dans l'aine, mais cette adénopathie existe également pour la bacillose. Le cancer saigne et donne lieu à des selles noires, à du mélœna. Vous avez cela aussi avec la tuberculose. Dans toute cette symptomatologie, rien, absolument rien, ne peut servir de signe différentiel. L'évolution seule de la maladie est capable de nous éclairer. S'il s'agit de cancer, au bout de quelques mois, à plus forte raison de un an et demi ou deux ans, l'amaigrissement et la cachexie sont déjà très sensibles ; s'il s'agit de tuberculose, au contraire, 2, 3, 8 ans même s'écoulent sans que l'émaciation devienne trop considérable. En plus de l'évolution, nous avons un aide précieux, le laboratoire. Je veux parler du séro-diagnostic de MM. Arloing et Courmont qui aujourd'hui doit entrer dans toute étude délicate de diagnostic de la tuberculose. Je vous en ai déjà souvent parlé. Prélevez au doigt du malade quelques gouttes de sang dont vous mélangez le sérum avec une culture de bacille de Koch au 11e jour, dans la proportion de une partie du premier pour 5, 10 ou 20 de la seconde. Après 1 ou 2 heures, la culture se trouble. Il s'y produit des grumeaux qui tombent au fond de vase et y forment un culot. Examinez ce dernier au microscope : il est composé de bacilles de Koch en amas. Il y a agglutination, le diagnostic est fait. Lors donc que la clinique dit, ce n'est pas l'évolution du cancer, et que le laboratoire ajoute il y a agglutination, voilà des amas de bacilles, n'ayez plus d'hésitation et concluez : c'est de la tuberculose.

Mais tous les diagnostics, il s'en faut, ne sont pas aussi simples. Le 28 décembre 1899, arrivait dans mon service un homme de 50 ans, très émacié, énormément amaigri, d'aspect cachectique. Depuis deux ans, il se plaignait d'anorexie et de diarrhée régulière, d'abondance variable, 5 à 6 garde-robes par jour en moyenne. Il avait ressenti quelques douleurs et avait eu une adénopathie passagère au niveau de l'aine. A l'examen, nous rencontrâmes dans la fosse iliaque droite une tumeur lisse allongée, boudinée, un véritable saucisson (permettez-moi le terme), d'ailleurs peu sensible au contact. Rien aux poumons. Il ne s'agissait pas de cancer ; un néoplasme de cette importance aurait causé la mort du malade au bout de 2 ans. Nous tombons d'accord, mon chef de clinique et moi, pour dire tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum opérable et curable. Je dis au patient : il faut vous opérer, nous allons vous guérir. Le lendemain matin, M. Marion fait, le long du bord droit du muscle grand droit, une incision, et ouvre l'abdomen. Le cæcum se présente, *normal*, et il l'écarte. Apparait alors une tumeur d'aspect bleu-grisâtre, lisse, rénitente, élastique, énorme kyste hydatique qui, ouvert, laisse s'échapper du liquide et un certain nombre de

petites hydatides filles. Le malade quitte guéri l'hôpital, 3 semaines plus tard. Notre pseudo-tuberculose chronique du cæcum était un kyste hydatique du muscle iliaque, affection très rare. Rien ne pouvait faire éviter la confusion.

Je vais parler maintenant d'une autre chose plus fréquente et plus importante, bien qu'elle aussi soit encore peu connue. En 1898, je fus appelé en consultation auprès d'une jeune fille d'origine cubaine que je trouvai couchée et très amaigrie. Depuis 7 à 8 mois, elle souffrait de troubles digestifs, de nausées, d'une diarrhée presque continuelle et, de temps en temps, de douleurs localisées à la fosse iliaque droite. Je compris que le diagnostic d'appendicite avait été effleuré. J'examinai l'enfant et trouvai, effectivement, dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobile et douloureuse du volume d'une noix. La fillette était nerveuse, se laissait approcher difficilement et, dans ces conditions, je ne pus percevoir autre chose. Le père était mort tuberculeux. Je me demandai alors : de quoi s'agit-il ? Est-ce de l'appendicite ? Assurément non, car il n'est pas d'usage que cette affection dure 6 à 8 mois. Il y a bien ses prétendues formes chroniques, mais je les crois jusqu'à présent mal définies. Nous aurons à les réviser et nous verrons que, en tous cas, beaucoup sont des tuberculoses cæcales.

Je prescrivis quelques calmants, des applications de ciguë, et je revins 15 jours après. L'enfant continuait à souffrir et à maigrir. Ce cas ressemblait surtout et uniquement, du moins tel était mon avis à ce moment, à de la tuberculose chronique hypertrophique du cæcum. Je parlai d'opération et M. Gérart Marchant fut appelé pour la pratiquer. L'abdomen ouvert, on trouva, autour du cæcum, deux masses juxtaposées représentant la tumeur constatée au cours de l'examen clinique. Voilà donc une enfant prise de symptômes simulant la bacillose cæcale hypertrophique, chez laquelle on découvre des ganglions caséeux et rien d'apparent au cæcum lui-même. Elle guérit et un mois plus tard sa santé revint florissante.

M. Gérart Marchant a signalé d'autres observations analogues. Le 14 novembre dernier, dit-il, j'ai opéré une jeune fille se plaignant de douleurs vives, localisées à la fosse iliaque droite et au point de Mac Burney en particulier, survenant par crises et accompagnées de fièvre et de vomissements. Le palper révélait une tuméfaction iléo-cæcale assez développée. Je trouvai, au cours de l'opération, un appendice sain et sur le cæcum de gros ganglions suppurés, prêts à s'ouvrir.

Une autre fois, je fus appelé auprès d'une enfant de 12 ans atteinte d'une soi-disant appendicite caractérisée par des crises douloureuses dans le flanc droit. La malade maigrissait. L'appendice était intact, mais il existait à cet endroit une infinité de petits ganglions hyperplasiés. Je fermai l'abdomen sans y toucher et je prescrivis une médication générale appropriée. La guérison s'en suivit.

On comprend aisément l'intérêt de ces 3 observations. J'ai étudié personnellement et décrit, il y a quelque temps, les tuberculoses larvées des amygdales, infections bacillaires atténuées qui n'en donnent pas moins naissance à des adénopathies multiples du cou. De même, à mon sens, il peut exister une tuberculose cæcale larvée qui, chez les enfants où l'appareil ganglionnaire ne demande qu'à se prendre, donnera naissance à des adénopathies du voisinage.

Je suis disposé à admettre que, dans ces cas, il existe sur la muqueuse du cæcum de petites altérations de nature bacillaire, capables de déterminer une infiltration ganglionnaire consécutive. Il existe effectivement, dans l'angle iléo-cæcal surtout, une série de glandes lymphatiques recevant les vaisseaux blancs du cæcum et peut-être de l'appendice, ce dernier point n'est pas encore bien élucidé. Ces ganglions, au nombre de 5 ou 6, sont nettement visibles sur une planche anatomique de Testut.

Reprenez nos observations. Comment ferez-vous le diagnostic des adénites bacillaires péri-cæcales avec la tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum ? C'est bien simple, vous ne le ferez pas. Ici, les symptômes, et d'ailleurs aussi les altérations à des degrés près, sont les mêmes. Le séro-diagnostic ne peut être d'aucun aide, puisque dans l'une ou l'autre circonstance il indique la tuberculose. La confusion, il est vrai, n'a pas un bien grand intérêt, le traitement étant semblable. Le tout est de reconnaitre le mal assez tôt pour intervenir de bonne heure.

Je citerai enfin, sans insister, l'observation publiée par M. Tuffier d'une tuberculose hypertrophique étendue à la dernière portion de l'iléon. Il s'agissait d'une femme de 50 ans digérant mal, ayant des coliques fréquentes, de la diarrhée, des selles liquides et maigrissant. Dans la fosse iliaque on rencontrait une tumeur arrondie, mobile, du volume d'une petite mandarine. La tuberculose hypertrophique siégeait sur les dernières anses de l'iléon. La thérapeutique reste la même, ainsi que la physionomie et la nature de la lésion. Inutile de s'appesantir sur ce cas rare dont le diagnostic différentiel (avec la bacillose hypertrophique cæcale) est généralement très difficile et sans importance pratique.

Conclusions.

I. Il existe une tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum, à évolution lente, aboutissant à la formation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est constituée par l'hypertrophie des parois cæcales et par la pérityphlite.

II. L'affection est souvent décrite sous le nom de tuberculose iléo-cæcale. Or, dans la très grande majorité des cas, l'iléon est sain, la lésion débutant par la valvule iléo-cæcale et se limitant au cæcum.

III. Cette tuberculose chronique et hypertrophique aboutit habituellement à un processus fibroïde et scléreux, alors que la bacillose ordinaire de l'intestin est ulcéreuse. Elle est, de plus, primitive, les poumons n'étant envahis alors que chez 1/6 des malades.

IV. Avant l'apparition de la tumeur, les symptômes principaux de l'affection, la diarrhée et la douleur, sont sans caractère pathognomonique. Le diagnostic, à cette période, est impossible. Plus tard, la néoplasie une fois formée, il faut la différencier avec toutes les tumeurs de la région, la tuberculose ganglionnaire et le cancer. Pour ce dernier le séro-diagnostic sera particulièrement utile.

V. L'affection sera facilement confondue —

l'erreur est négligeable— avec l'adénite péricæcale et la tuberculose hypertrophique de l'iléon.

VI. La tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum étant reconnue doit être opérée sans tarder. Temporiser est s'exposer à la propagation du bacille à d'autres organes. La guérison est la règle. Habituellement, à moins qu'elle soit peu avancée, la tuberculose pulmonaire est une contre-indication à l'opération.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Les cardiopathies latentes.

Dans une récente séance de l'Académie, M. le Dr. Kelsch a longuement parlé, avec preuves à l'appui, des affections de cœur des jeunes recrues de l'armée ayant passé inaperçues au premier examen et parfois même à plusieurs examens et se manifestant tout à coup par des phénomènes d'arythmie, d'asystolie, de congestions, d'œdèmes et même par la mort subite. Cette très importante communication a naturellement attiré l'attention sur les cardiopathies latentes que l'on rencontre journellement dans la pratique. Nous avons déjà abordé ce sujet dans le *Concours*, il y a trois ou quatre ans ; mais nous demandons à nos lecteurs la permission d'y revenir aujourd'hui pour mieux préciser cette capitale question.

I

Cardiopathies ignorées.

Deux cas se présentent fréquemment en pratique : ou bien un malade vient consulter pour des symptômes douloureux ou dyspnéiques, palpitations, faiblesses, névralgies intercostales gauches, qu'il attribue à une maladie de cœur : on l'ausculte, et on ne constate rien au cœur ; ou bien un malade vient vous demander conseil pour une douleur quelconque, pour des troubles digestifs ; en pratiquant un examen complet des divers organes, on découvre au cœur une lésion aortique ou un rétrécissement mitral, ou même une dégénérescence graisseuse, qui explique les phénomènes décrits par le malade. Donc, dans un cas la cardiopathie est latente pour le médecin et lui échappe ; dans l'autre cas, cette cardiopathie est latente pour le malade qui ne s'en s'en doute pas et la nie de bonne foi : le danger est le même dans les deux cas et l'importance du diagnostic exact est égalcment incontestable.

Examinons successivement ces deux problèmes :

1° *Cardiopathies latentes pour le médecin.*

Bien des malades se présentent au médecin avec des symptômes non équivoques d'affection du cœur et cependant, à l'auscultation, ne paraissent pas notablement atteints de lésions cardiaques. Ils accusent des douleurs vagues, mal localisées derrière le sternum ; des nevralgies intercostales gauches, ou scapulohumérales du même côté, des sensations d'étouffements, de barres thoraciques, de roulements intérieurs, de fourmillements rétro-pectoraux fugaces et intermittents. Parfois, c'est une émotion, une frayeur, une colère, une joie, qui provoque l'apparition de ces phénomènes ; parfois, c'est une circonstance insignifiante ou même absolument rien. Chez les jeunes adolescents, au moment de la croissance et de la puberté, il survient brusquement, sans cause apparente, une lipothymie ou même une syncope plus ou moins prolongée, qui, une fois passée, ne donne lieu d'ailleurs à aucune autre manifestation appréciable de cardiopathie.

C'est ainsi que de jeunes recrues peuvent avoir présenté quelques phénomènes de ce genre deux ou trois fois dans leur adolescence et passer à l'examen médical pour être absolument sains du côté du cœur ; ils sont acceptés et les exercices violents du métier militaire surmenant leur cœur fragile, ils deviennent tout d'un coup des cardiaques avérés, avec accidents arythmiques ou asystoliques. Certains sujets ont des céphalées, persistantes, périodiques et recidivantes avec épistaxis rebelles, une pâleur cireuse, chlorotique des téguments, une insuffisance générale de nutrition, de l'essoufflement, des vertiges et quelques palpitations.

On est averti, on songe à la possibilité d'une affection du cœur, on la cherche : rien ne paraît anormal dans le fonctionnement de l'organe central de la circulation.

2° *Cardiopathies latentes pour le malade.*

Les cardiaques ne sont pas toujours avertis de leur affection réelle par des symptômes précis. Beaucoup, évidemment, ne savent pas s'observer ; mais beaucoup aussi éprouvent des phénomènes tellement étrangers au fonctionnement du cœur qu'ils ne songent pas à interroger le médecin à ce sujet. La plupart du temps, ces phénomènes sont d'apparence dyspeptique ou pulmonaire. Un certain nombre de prétendus tuberculeux sont tout simplement des cardiaques véritables atteints de rétrécissement mitral ou de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec dilatatiou du cœur droit. Dans les fièvres graves toxémiques comme la dothiénentérie, la variole, la diphtérie, le cœur est profondément altéré sans que le malade ressente quoique ce soit qui puisse faire penser à cette terrible complication : il faut palper le pouls et ausculter le cœur pour s'en douter.

Au cours du rhumatisme articulaire aigu, il est fort difficile de dépister le moment précis où le cœur est atteint par l'infection : les douleurs articulaires sont tellement intenses qu'elles occupent le premier plan et que le malade ne se plaint pas toujours du cœur au plus fort de l'endo-péricardite.

La péricardite est souvent une trouvaille d'auscultation au cours d'une scarlatine ou d'un érysipèle grave. Il nous souvient d'avoir découvert un jour par hasard une péricardite des plus nettes chez un adolescent tuberculeux pulmonaire.

Chez les personnes âgées, il n'est pas rare d'être amené à ausculter le cœur et à y trouver une lésion grave, en présence d'un simple œdème bimalléolaire symétrique persistant, qui a été antérieurement attribué à des varices profondes. Combien de personnes non soumises à des exercices pénibles et se plaisant dans un genre de vie sédentaire, ont ainsi des anévrysmes aortiques ou des cardiopathies mitrales ou artérielles, sans s'en douter ? Une émotion très intense, une colère subite, une simple chute même, peut suffire pour amener brusquement des ac-

cidents de déclanchement, d'arythmie ou d'asystolie, sans que l'on ait seulement jamais pensé à accuser le cœur de faillite possible.

Dans quelques cas, c'est une affection aiguë pulmonaire, congestion ou pneumonie, qui sert de réactif fortuit à la valeur physique du cœur. Auparavant, rien n'était soupçonné ; mais le surmenage que lui font subir la fièvre, la phagocytose et la stase capillaire, le soumet à une épreuve qui triomphe de sa résistance ; il est débordé dans sa mission physiologique et ne parvient plus à masquer son insuffisance.

Enfin, nombre d'albuminuries chroniques découvertes par l'apparition de symptômes œdémateux palpébraux, faciaux, gastriques, malléolaires, sont souvent des conséquences mystérieuses ou plutôt latentes de cardiopathies ignorées, ayant évolué sans fracas depuis l'enfance ou l'adolescence.

II

Recherche clinique des cardiopathies latentes.

Maintenant que nous avons suffisamment montré l'existence de cardiopathies ignorées et latentes, pouvons-nous indiquer des moyens efficaces pour les dépister ?

Nous croyons pouvoir répondre *oui* dans la majorité des cas. Et d'abord, quelque rapide, quelque sommaire que soit l'examen d'un malade, IL FAUT TOUJOURS PENSER A AUSCULTER SON CŒUR OU TOUT AU MOINS A PALPER SON POULS. Ce premier examen est parfois suffisant pour attirer l'attention sur une irrégularité, sur une précipitation du rythme, sur une inégalité, sur un dicrotisme sur une dureté quelconque des pulsations, et pour appeler nécessairement l'examen approfondi de l'organe moteur de la circulation.

L'examen d'un malade, pour être complet, même s'il n'y a aucun phénomène cardiaque décrit lors de l'interrogatoire, s'impose d'une manière absolue.

Nos moyens d'investigation sont la plupart du temps, largement suffisants pour nous permettre de faire un diagnostic précis. Si jusqu'à présent, la radiographie ou la radioscopie ne permet pas d'avoir sous les yeux l'image de la lésion du cœur, les procédés stéthoscopiques enseignés par Laënnec, Bouillaud, Potain, nous donnent la possibilité de lire dans le cœur comme sur une épreuve radiographique : le tout est de bien savoir ausculter et d'y consacrer le temps nécessaire.

En premier lieu, il faut donner au patient une attitude appropriée : c'est-à-dire le faire asseoir, le buste légèrement renversé ou même le faire coucher avec un coussin ou un oreiller sous les épaules. Le devant de la poitrine doit être découvert complètement de manière à permettre l'inspection directe du thorax ; point de réticences pudibondes, qui pourraient être nuisibles pour l'appréciation exacte du diagnostic ; il faut que les dames consentent à découvrir entièrement la région du thorax. L'inspection permet de se rendre compte des contractions auriculo-ventriculaires, de l'étendue de l'espace occupé par le cœur, de l'amplitude et du degré de précipitation des contractions.

La palpation renseigne sur la mollesse ou la dureté de ces contractions, sur les frottements parfois même sur les bruits intra-cardiaques sur le siège exact de la pointe par rapport au gril costal (5e côte ou 5e espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire).

Enfin, l'auscultation pratiquée d'abord avec l'oreille appliquée directement permet de se rendre compte de la régularité, de l'intonation, de la durée, du nombre, des maxima d'intensité des bruits cardiaques et extra-cardiaques.

Les bruits doivent être réguliers, nettement frappés, non saccadés, pas trop rapprochés, d'une durée à peu près égale, avec maximum d'intensité à la partie moyenne (3e articulation chondro-sternale) et à la pointe (5e espace).

La rudesse des bruits peut suffire à indiquer l'athérome.

Leur inégalité, leur mollesse, signifient que le muscle est flasque et infiltré de graisse. Le rythme fœtal des bruits décèle la myocardite aiguë.

Les faux pas du cœur dévoilent une dégénérescence des fibres myocardiques. L'arythmie intermittente indique une inflammation endocardique ou une dégénérescence importante de la myocarde. Le dédoublement du premier bruit dénote un trouble dans la circulation et un excès de tension générale provenant le plus souvent d'une altération rénale (mal de Bright). Le dédoublement du 2e bruit décèle une lésion des orifices artériels (rétrécissement pulmonaire), un durcissement des bords sigmoïdiens, ou un rétrécissement mitral.

Cette dernière lésion s'accompagne le plus souvent d'un roulement présystolique et d'un souffle systolique, du rythme *rou fou tata*.

Les souffles dévoilent généralement des lésions très graves des valvules ou des orifices endocardiques. Cependant, il faut distinguer avec beaucoup de précision les caractères de ces souffles et leur siège exact. Pour faire cette dernière constatation, il est de toute nécessité d'employer le stéthoscope. Le souffle systolique doux, dont le maximum est à la base, correspond à un rétrécissement aortique ou à un grave degré d'anémie. Le souffle systolique rude, en jet de vapeur, dont le maximum est à la pointe, indique une insuffisance mitrale. Le souffle diastolique dont le maximum est à la base dévoile l'insuffisance aortique. Certains souffles doux systoliques, localisés à la pointe ou à la partie médiane, dénotent l'insuffisance tricuspidienne ; leur mollesse et l'absence de leur prolongement vers l'aisselle gauche permettent de les attribuer à la valvule tricuspide plutôt qu'à la mitrale.

Enfin, les frottements rudes, les bruits de cuir neuf, qui s'accentuent lorsqu'on fait asseoir et pencher le malade en avant, sont caractéristiques de la péricardite, ou de la symphyse cardiaque ; tantôt ils se produisent aux deux temps, tantôt ils ne s'entendent qu'à l'un des deux temps, systolique ou diastolique.

Si nous avons fait cette rapide revue des données de l'auscultation, c'est pour bien remettre en mémoire tous les détails que le clinicien doit avoir présents à l'esprit, quand il examine un malade au point de vue du cœur.

Lorsqu'on a pratiqué ces investigations complexes, et qu'on n'a rien découvert même avec l'ouïe la plus délicate, sera-t-on en droit de nier formellement l'existence d'une cardiopathie ? Non, assurément, non!!! Nous avons vu bien des cardiaques latents se présenter à certains moments sans signes stéthoscopiques appréciables :

le fait est particulièrement indiscutable pour les myocardopathes, les mitraux et les artério-scléreux. Seuls, les aortiques SONT PRESQUE toujours reconnaissables sans hésitation ; et encore, je ne parle que des aortiques insuffisants.

Que doit-on faire alors ? Tout d'abord, on peut commander au patient de faire une vingtaine de pas précipités dans la pièce où on l'examine, ou bien, si cela est praticable, on peut le faire descendre, puis remonter un escalier d'un ou deux étages, *sans précipitation*. Cette épreuve est presque toujours largement suffisante ; le cœur vraiment sain peut seul y résister, sans en être troublé.

Si le malade est dans l'impossibilité de se livrer à cet exercice d'épreuve, il vaut mieux surseoir au prononcé du diagnostic et revenir une autre fois au même examen, de préférence après le repas.

Il reste une dernière question à envisager à propos des cardiopathies latentes, c'est celle des très nombreuses clientes névropathes qui viennent consulter avec l'idée bien fixe qu'elles ont une cardiopathie. Il va sans dire que l'on ne repoussera pas *a priori* la possibilité d'une cardiopathie. Mais il faut prendre garde à l'intensité des palpitations et prolonger un peu l'examen afin de permettre à la malade de calmer son énervement : le rythme, la durée, les variations pendant les mouvements respiratoires seront soigneusement notés, le stéthoscope servira à localiser les bruits les plus intenses, leur degré de rudesse ou leurs inégalités. On fera exécuter quelques mouvements rapides à la patiente pour juger du degré de résistance du muscle et, lorsqu'après cet examen complet, on n'aura rien trouvé, on se gardera bien de nier la cardiopathie, mais on fera dévier l'idée de la malade en lui parlant de névrose du cœur, de dérèglement névropathique, de troubles d'innervation, etc.

Les pseudo-angines de poitrine rentrent dans cette catégorie ; mais le diagnostic est impossible en un seul examen : si le malade est en crise, les symptômes sont terribles : arythmie, faux pas, pauses, affolement, souffles, syncopes ; si le malade est au repos, le cœur ne présente aucun phénomène morbide ; il faut donc assister aux deux phases pour pouvoir se prononcer sûrement.

Une dernière ressource reste au clinicien pour diagnostiquer les cardiopathies latentes, c'est l'administration à titre d'essai pendant 4 ou 5 jours d'une préparation de digitale ou de digitaline à doses modérées. Ce ralentissant médicament accentue souvent les bruits pathologiques qui étaient passés jusque-là inaperçus.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine aux Colonies.

(Suite)

II. — Médecine coloniale chez les nations étrangères (Angleterre, Pays-Bas, Espagne) et en Algérie.

Toutes les puissances, autres que la France, qui ont un domaine colonial, ont des médecins coloniaux qui partout sont des fonctionnaires civils au même titre que les administrateurs, les géomètres, etc. — Je me borne à résumer ce que l'on observe dans les principales de ces puissances.

1. — ANGLETERRE.

Les colonies anglaises ne sont pas uniformes ; plusieurs jouissent d'une autonomie qui confine à l'indépendance ; je ne puis envisager que celles qui sont comparables aux nôtres et qui sont sous l'autorité du ministère des colonies (*colonial office*) ; ce sont les *colonies de la Couronne* dont le nombre s'élève à vingt environ. Telles sont la Gambie, la Guyane anglaise, les Fidji, la Jamaïque, etc.

Dans toutes ces colonies, pour assurer le service de santé colonial officiel, existent des médecins coloniaux, qui portent le titre de *medical officer* (fonctionnaire médecin).

C'est le ministère des colonies qui est chargé de recruter ce personnel médical.

Chaque année, le département des colonies fait appel dans les différentes universités du royaume aux étudiants en médecine qui, ayant terminé leurs études médicales, désirent embrasser la carrière de *médical officer* aux colonies.

Les candidats ne sont admis qu'entre 25 et 30 ans. En principe, ils doivent être nés en Angleterre, mais on fait exception pour Ceylan et la Jamaïque où les jeunes gens nés dans ces colonies peuvent être admis, sous condition toutefois d'être munis d'un diplôme pris dans la métropole.

Enfin pour être acceptés, ces jeunes médecins doivent passer un examen technique devant un des médecins consultants du ministère des colonies établis à Londres, Edimbourg et Dublin. Une fois définitivement admis, ils sont inscrits sur une liste sur laquelle se font les nominations.

Contrairement à ce qui s'observe pour le recrutement des médecins militaires, la carrière de *medical officer* paraît relativement recherchée ; c'est ainsi que, d'après un vieux journal de médecine anglais, que j'ai sous la main, en 1888, il y eut 60 candidats pour 15 places.

Les médecins coloniaux sont soumis aux mêmes règlements que les autres fonctionnaires. — Outre les congés de convalescence, ils ont droit, tous les six ans, à un congé administratif régulier.

Dans chaque colonie, il y a un premier médecin ; les autres sont dits assistants ; ils sont logés par l'Etat ou reçoivent une indemnité de logement.

Dans son district, le médecin colonial est chargé de tous les services civils officiels : hôpital, hospice d'aliénés, léproserie, vaccination, traitement gratuit des fonctionnaires, etc.

Les appointements varient suivant la colonie, le temps de séjour dans cette colonie et surtout suivant la situation de premier médecin ou de simple assistant.

Pour en donner une idée, le simple assistant touche 7500 fr. aux Fidji et 8700 fr. à la Côte d'Or.

Le premier médecin 15000 fr. aux Fidji et 20.000 à la Côte d'Or.

Naturellement, en dehors de son service officiel, le médecin colonial fait à son profit la clientèle civile.

Il m'a été permis d'étudier de près le service de santé colonial anglais dans une colonie de la Couronne, les *Fidji* ; c'était en 1890, c'est-à-dire dix ans après la prise de possession de ces îles par les Anglais ; qu'on me permette d'insister sur ce que j'y ai vu :

La population indigène (100.000) y est remarquablement belle, mais un peu molle ; comme taille, celle des Samoa seule la dépasse ; en fait d'Européens (presque tous Anglais) on en comptait au plus 400 et déjà pourtant y fonctionnaient huit médecins coloniaux.

J'y ai vu faire de bonne médecine et d'excellente chirurgie, mais ce qui me surprit particulièrement ce fut surtout le rôle important qu'on y faisait jouer à l'hygiène.

Contrairement à toutes les fables dont on nous a bourré le cerveau sur la prétendue férocité des Anglais à l'égard des races indigènes et sur leur objectif, qui serait l'extermination, je constatai que la principale préoccupation du gouverneur et du premier médecin était de maintenir la race autochtone et en nombre et en qualité ; et je ne puis me rappeler sans rire l'expression de terreur qu'offrait la tête d'un Européen (non anglais), en me parlant des mesures draconiennes prises par l'autorité contre toutes les titillations à l'alcoolisme : quand un Européen procurait ou donnait à un indigène une boisson alcoolique quelconque, c'était 500 fr. d'amende ; en cas de récidive, la prison.

Le fait est que pendant les trois semaines, que je passai dans cet archipel à circuler dans plusieurs des soixante îles ou îlots habités, je n'eus jamais l'occasion de voir un indigène sous l'influence de l'alcool.

Comme résultat de ces excellentes mesures préventives, depuis la possession anglaise, la population n'a pas augmenté, mais elle s'est maintenue. Que l'on compare un peu avec notre possession voisine, la Nouvelle-Calédonie.

Au point de vue spécial du service de santé, je demandai à mon sympathique confrère, le premier médecin, si pour 400 blancs, il était nécessaire d'avoir tant de médecins (8). « Certes, me répondit-il, jusqu'à présent les huit médecins n'ayant eu à soigner presque exclusivement que les Européens, le chiffre peut vous en paraître excessif, mais il existe chez nous un principe fondamental de colonisation, c'est que, *pour pénétrer, civiliser et assimiler les indigènes, le meilleur agent est le médecin* ; c'est pourquoi, quand il s'agit de médecins coloniaux nous dépensons sans compter. »

Ainsi s'explique ce fait curieux que, dans la Guyane anglaise, on compte 45 médecins coloniaux alors qu'à côté, dans notre Guyane, on n'en compte que 8.

Mais je n'étais pas au bout de mes surprises dans ce pays où dix ans auparavant se pratiquait sur une vaste échelle l'anthropophagie.

La langue des Fidji, particulièrement douce, comme à Tahiti, peut être apprise en un temps relativement court, d'où à courte échéance communications intellectuelles faciles. Dans tous les cas, les Anglais apprennent bien plus facilement cette langue que les indigènes, même les plus intelligents, n'apprendraient l'anglais; alors sans perdre de temps, les médecins coloniaux qui stationnent aux Fridji autrement que comme de simples oiseaux de passage, y ont installé avec entrain une école locale de médecine pour donner à certains jeunes gens indigènes une instruction médicale leur permettant de répondre aux besoins courants et les plus urgents de la population indigène.

J'y ai vu, écrits dans la langue du pays, toute une petite collection de livres de médecine élémentaires et pratiques, notamment un traité d'anatomie que j'ai admiré dans ses figures.

A ce moment, les étudiants étaient au nombre de vingt seulement, mais tous paraissaient intelligents et très désireux de s'instruire.

Récemment, le pavillon de Flore, comme s'il avait fait une découverte miraculeuse, a fait beaucoup de mousse au sujet de sa prétendue *faculté de médecine de Tananarive*. La chose en elle-même est bonne, mais elle n'offre rien de nouveau. Les Anglais et les Hollandais ont procédé et procèdent constamment ainsi partout où, comme aux Fidji et à Java, ils rencontrent des cerveaux suffisamment ouverts et surtout une langue abordable.

D'autre part, en 1867, j'ai vu pareil enseignement médical donné à Pondichéry par les médecins de la marine, mais très simplement, sans qu'on crût nécessaire d'en faire gémir la presse. A Madagascar même, avant notre prise de possession, les missionnaires anglais ne donnaient-ils pas cet enseignement médical à certains indigènes ?

C'était-il vraiment bien la peine d'emboucher le trombone du triomphe pour une chose si simple et si vue, à moins que la découverte ne réside dans cette idée bizarre d'appeler pompeusement faculté ce qui ne pourra jamais être qu'une école, une simple école ?

Dernièrement, à la date du 2 décembre 1901, un journal de médecine anglais, qui est le principal organe des écoles pratiques de médecine tropicale récemment installées à Londres et à Liverpool (1), le *Journal de médecine tropicale* (*The journal of tropical medicine*) a publié un article en apparence sensationnel sur les grands progrès à réaliser dans le service de santé colonial. On lit avec anxiété l'article et on constate que c'est bien la montagne qui accouche d'une souris ; voici en effet en quoi consistent les desiderata émis par la *grande association médicale anglaise* (*British medical association*) qui a pris l'affaire en main :

1° *Les médecins coloniaux devraient suivre avant leur premier départ pour les colonies un cours de médecine tropicale*. C'est un simple retard de trois mois pour l'embarquement. La chose est bonne, mais enfin elle n'est pas d'une envergure à en imposer outre-mesure.

2° *Au lieu d'occuper deux situations seulement, celles d'assistant ou de premier médecin, les médecins coloniaux dans leur carrière auraient six échelons à franchir comme perspective*. Cet avancement à dose fractionnée est peut-être préférable à l'avancement actuel à dose massive, mais il est bien difficile d'y voir un progrès important dans le service de santé colonial ; d'autant plus

(1) Les cours n'y durent que trois mois. Dans un temps aussi court, peut-on réellement donner un enseignement suffisant répondant à l'objectif en vue ? Il est permis d'en douter. Ce qui ne nous empêche pas à l'heure actuelle, de copier servilement les Anglais sans y avoir réfléchi.

qu'avec le vieux système en vigueur, on n'avait que l'embarras du choix entre de très nombreux candidats.

3° *Les avancements pourraient se faire sur place.* C'est là un vrai progrès, conforme d'ailleurs aux principes anglais sur l'administration coloniale, l'avancement en classe de leurs gouverneurs, par exemple, n'entraînant pas forcément leur déplacement comme chez nous.

4° Comme chez nous, l'association médicale anglaise demande aussi l'*unification des soldes pour toutes les colonies.* L'innovation est fortement discutable en principe, le service colonial ne pouvant être considéré le même à Chypre et à la Côte-d'Or par exemple, mais comme d'autre part la même association reconnaît que des indemnités supplémentaires pourraient être attribuées par le Conseil de la colonie, cela revient à dire qu'avec des mots nouveaux la différence de solde suivant la colonie n'en persistera pas moins. En définitive, c'est parler pour ne rien dire.

5° Enfin, l'association demande *que le service de santé colonial soit centralisé à Londres dans les mains d'un inspecteur.* Cette tendance inattendue des Anglais vers la fameuse centralisation qui nous caractérise a lieu de surprendre, mais il faut toutefois reconnaître qu'ils sont modestes en ne demandant qu'un médecin colonial inspecteur, surtout comparativement à nous, qui en possédons au moins deux, lesquels se tiennent tellement au centre qu'ils n'ont jamais foulé le sol colonial.

Les Anglais sont toujours sérieux et particulièrement pratiques ; aussi chercherait-on en vain dans leurs desiderata, en ce qui concerne le service de santé colonial, la moindre allusion à la nécessité d'une tenue militaire ou même quelconque pour les médecins coloniaux chargés de tâter le pouls des indigènes ou de leur faire tirer la langue.

En résumé, comme on peut le voir d'après le peu d'importance des prétendus progrès à réaliser, le service de santé colonial paraît fonctionner très convenablement dans les colonies anglaises.

II. — Pays-Bas.

Comme principales possessions de la Hollande on compte les Indes néerlandaises (Java, Sumatra, etc.), la Guyane Hollandaise et Curaçao.

Le service de santé colonial, dans son ensemble, y est beaucoup moins autonome que dans les possessions anglaises.

En réalité, il varie dans les détails d'une possession à l'autre, mais dans toutes, outre les médecins de la marine et les médecins de l'armée dite coloniale occupante, existent des médecins civils — vrais médecins coloniaux, — qui sont exclusivement chargés des services d'ordre civil : hôpitaux, asiles d'aliénés, léproseries, traitement gratuit des indigents et des fonctionnaires, vaccination et parcs vaccinogènes, etc., dont la solde mensuelle est inférieure à 600 francs.

Dans chaque colonie il y a un médecin inspecteur des services civils c'est-à-dire strictement coloniaux.

La grande différence qui existe avec les médecins coloniaux anglais, c'est que les médecins coloniaux néerlandais sont appointés non par l'Etat mais bien par les autorités locales.

D'une colonie à l'autre, les soldes sont encore plus variables que dans les colonies Anglaises. Voici au moins un chiffre :

Dans les districts de la Guyane hollandaise, les médecins reçoivent comme solde, de 4000 à 8000 francs, auxquels il faut ajouter 1200 francs d'indemnité de logement et 500 fr. de frais de monture.

Je dois signaler à l'honneur des médecins coloniaux néerlandais deux belles institutions très prospères :

1° le célèbre laboratoire de pathologie et de bactériologie de Batavia, dirigé par l'illustre Dr Eijkmann.

2° Egalement à Batavia, une école de médecine pour former des médecins indigènes et qui paraît très sérieusement organisée.

Bien qu'on n'y recoive que les sujets dégrossis, les étudiants y passent d'abord par une école préparatoire qui les retient trois ans ; après quoi ils suivent pendant cinq ans les cours de médecine.

L'instruction, la nourriture et l'habillement y sont absolument gratuits. A leur sortie, ils sont nommés médecins indigènes ou *docteurs Javanais* et reçoivent un traitement mensuel de 100 francs augmenté de 20 francs par mois après cinq ans de service. A leur sortie de l'école, on a soin de les mettre pendant deux ans en stage dans un hôpital et ce n'est qu'après qu'on les place dans un district (ordinairement le district natal), où ils donnent leurs soins aux indigènes sous la surveillance d'un médecin colonial néerlandais.

Pas plus que dans les colonies anglaises, les médecins coloniaux néerlandais n'ont de tenue. Mais fait curieux, capable de rendre moins excentrique la tenue de rigueur de nos propres médecins coloniaux, les docteurs javanais, eux, ont une tenue à laquelle l'autorité ajoute une trousse et des médicaments.

3. — Espagne.

Parler des possessions espagnoles d'outre-mer c'est parler du passé. Je me borne donc à dire que dans les colonies espagnoles, à côté des médecins de la marine et de l'armée, qui ne s'occupaient que des services de santé militaires, existaient les médecins fonctionnaires ou médecins coloniaux, chargés des services civils ; ces médecins coloniaux avaient une désignation spéciale : ils s'appelaient les *titulaires* (*los titulares*).

4. — Médecins de colonisation d'Algérie.

Enfin, dans l'ordre d'idées que je poursuis, il m'est impossible de ne pas dire un mot de nos *médecins de colonisation* de l'Algérie, qui sont en somme de vrais médecins coloniaux, avec cette différence que, comme l'Algérie entière, ils dépendent, non du ministère des Colonies mais bien du ministère de l'Intérieur.

Les médecins de colonisation, — qu'il ne faut pas confondre avec les médecins communaux, choisis et nommés par les maires, — sont payés sur le budget du gouvernement général de l'Algérie. Recrutés parmi les docteurs âgés de moins de 35 ans et nommés par le gouvernement général, ils ont droit à une retraite après 50 ans d'âge et 25 ans de service.

Au point de vue de la solde, ils sont échelonnés en 5 classes, la 5e touchant 3000 francs, et la première 5000 fr.

Comme les médecins coloniaux des possessions anglaises, ils sont chargés de tous les ser-

vices officiels d'ordre civil ; l'énumération en serait très longue, je me borne à rappeler les plus importants : traitement des indigents, soins des fonctionnaires et employés dont le traitement est inférieur à 1500 francs, surveillance des écoles au point de vue de l'hygiène. Bien que le voyage pour revenir dans la métropole soit très court et peu dispendieux, ces étranges médecins coloniaux français circulent peu sur les routes en dehors de leur circonscription. Sauf les congés de convalescence imposés par les circonstances et quelques rares congés administratifs, ils vivent constamment dans leur colonie.

En somme, c'est une carrière très honorable, sans être brillante, ni même relevée par la moindre tenue militaire ou autre, et dans laquelle viennent de préférence beaucoup d'anciens médecins de marine qui avaient désiré une vie mouvementée, mais pour lesquels la naupathie ne fut pas clémente.

Il est à remarquer, encore une fois, que, pas plus en Algérie que dans toutes les colonies étrangères, n'a surgi l'idée saugrenue d'affubler les médecins coloniaux d'une tenue spéciale et surtout d'une tenue militaire.

Après avoir constaté quel désordre règne dans notre médecine coloniale et avoir résumé les conditions normales dans lesquelles se fait cette médecine dans les colonies étrangères et même chez nous, en Algérie, il me reste maintenant, conformément au mouvement d'opinion provoqué par le Dr Vié, à présenter dans un prochain numéro la solution qui me paraît la meilleure pour le bien du service en général et la satisfaction des intérêts particuliers. Dr Y.

Le Fonctionnarisme médical.

(Un nouveau fleuron)

Tout le monde se rappelle, quelque temps après le congrès de Budapest, septembre 1894, l'entrée triomphale en thérapeutique du sérum de Roux. Comme il était impossible, à cette époque, de satisfaire à toutes les demandes et de pourvoir de sitôt toutes les officines, l'Administration créa, au début de 1895, hors des pharmacies, des dépôts administratifs de sérum antidiphtérique. Puis, l'Institut Pasteur ayant augmenté le nombre de ses chevaux producteurs, put fournir directement à tous les pharmaciens le nombre de flacons dont ils avaient besoin.

A partir de ce moment, il ne fut plus question naturellement des dépôts de la première heure qui avaient eu leur utilité, c'est incontestable. Mais survint, cette année, la circulaire Waldeck-Rousseau et voilà les dépôts administratifs qui refleurissent, cette fois-ci sans nécessité, avec cette aggravation qu'ils étaient autrefois au nombre d'un ou deux par arrondissement, tandis qu'à cette heure, il en renaît un par canton.

Le Préfet de la Manche, par exemple, adresse à la date du 30 septembre 1900 une circulaire aux sous-préfets et maires de son département pour les informer qu'après avoir consulté le Comité central du service de l'Assistance médicale et pharmaceutique gratuite et avec l'autorisation du Ministre de l'Intérieur, il venait d'installer, à l'intention des indigents, 48 dépôts placés chacun sous la surveillance d'un médecin de son choix.

Pourquoi faire ? Notons, en passant, que chaque dépôt est toujours placé ou dans un hospice ou dans une pharmacie ou à proximité d'une pharmacie et que, d'autre part, le sérum de Roux étant compris dans la nomenclature des médicaments autorisés pour le service de l'Assistance médicale, les pharmaciens le fournissent régulièrement et sans difficulté aux pauvres de leur rayon, sur ordonnance du médecin.

Chaque dépôt est, avons-nous dit, sous la surveillance d'un médecin. Quand le dépôt est dans un hospice, la surveillance en revient, cela va de soi, au médecin de l'hospice et il n'y a pas là de difficulté : quand il est dans une pharmacie, le pharmacien, en l'acceptant, accepte forcément, du même coup, le droit, pour un médecin, désigné par le préfet, d'aller chez lui en faire l'inspection, ce qui peut engendrer des conflits regrettables ; quand il est à la mairie enfin, à proximité d'une pharmacie, il y a double emploi. Et puis, les mairies sont fermées la nuit. Où ira t-on prendre la clé ? Chez le Maire, l'Instituteur ou le garde-champêtre ? Et si c'est chez le Maire et qu'il soit lui-même médecin, croyez-vous qu'un ancien client, envoyé par un confrère, ira de gaieté de cœur le réveiller à minuit ? Chose plus délicate, dans une circonscription qui compte deux, trois ou quatre médecins, il n'y en a qu'un à qui soient attribuées par le préfet le titre d'inspecteur et le droit de surveillance. Et pourquoi celui-là plutôt qu'un autre ?

Autre point de vue enfin. Toute peine mérite salaire, tout travail comporte une rémunération. Le préfet de la Manche est un galant homme qui, dans la circonstance, a pourtant oublié d'offrir à ses nouveaux collaborateurs la moindre indemnité.

Et pour que l'on ne puisse croire que ces constatations et réflexions nous ont été inspirées par la mesquine jalousie d'un confrère tenu à l'écart, nous croyons bon de faire savoir que nous tenons ces renseignements d'un nouvel investi. Dr L. V.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

d'Intérêt professionnel.

Conseil général de l'Association des médecins de France

Séance du 19 décembre 1901. — Présidence de M. Motet.

M. le Secrétaire-général donne lecture de la lettre écrite à M. le Ministre de l'Intérieur pour lui notifier les modifications apportées aux statuts. Les termes de cette lettre sont approuvés.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Liouville, Brouardel, Sainton, Blache et Lereboullet, il est décidé que les statuts de l'*Association Amicale* et de la *Caisse des Retraites* seront publiés dans l'Annuaire et qu'un règlement intérieur fixera dans quelles conditions et dans quelles proportions des subventions pourront être accordées aux membres de ces œuvres de prévoyance.

M. Lereboullet donne lecture d'un projet de règlement sur la tenue des assemblées générales et le mode de votation. Le projet sera imprimé et distribué aux membres du Conseil.

Au sujet de la représentation du Conseil gé-

néral dans les Conseils de l'Amicale et de la Caisse des Retraites, il est sursis à toute délégation, jusqu'à ce que le Conseil général ait été complété par l'adjonction de nouveaux membres.

M. le Secrétaire-général propose, pour les vacances au Conseil général, les noms de divers membres de l'Association et demande que, dans la séance prochaine, le choix des candidats à présenter au vote de l'assemblée générale soit définitivement arrêté (Adopté).

Le Conseil vote l'attribution à l'Association Amicale, pour l'indemnité-maladie, du don de 3 000 francs, fait par M. Lannelongue.

Sont nommés rapporteurs : MM. Sainton (pensions viagères), Martin (vœux), de Ranse (vérification des comptes), Périer (Election du président).

Des subventions, s'élevant à la somme de 1,500 francs, sont votées aux Sociétés du Gers, de la Savoie, de la Somme et de l'Yonne.

M. le Trésorier annonce qu'il a encaissé 115,000 francs, provenant de la vente de la ferme de Montsoutin.

Le Secrétaire : ÉMILE PHILBERT.

Union des syndicats médicaux du Calvados

Séance du 7 novembre 1901.

A cette réunion, qui s'est tenue à Caen le 7 novembre, sous la présidence du Dr Wail, étaient présents : les Drs Porquet, du Syndicat de Vire ; Davy, du Syndicat de Bayeux ; Wail et Marais, du Syndicat de Pont-l'Evêque ; Barette, Bourienne et Osmont, du Syndicat de Caen.

L'Assemblée avait à traiter la question des tarifs à appliquer aux Compagnies d'assurances accidents, et, en second lieu, la question des honoraires aux Chirurgiens d'hôpitaux.

Dans la réunion précédente, il avait été décidé de consulter tous les Confrères du département sur la nécessité d'établir un tarif à imposer aux Compagnies, en prenant comme base le tarif adopté par la *Participation*.

A cet effet, une circulaire, exposant les desiderata des Syndicats, avait été adressée à tous nos Confrères, syndiqués ou non. Cent cinquante-deux circulaires ont été envoyées. (1)

Nous avons reçu cent dix réponses. Quarante-deux confrères n'ont pas répondu à notre appel soit par négligence, soit qu'ils jugent la question insignifiante. Et pourtant, on peut dire qu'il n'y a pas de question intéressant à un si haut point la profession médicale.

Des cent dix réponses, presque toutes sont absolument favorables. Deux ou trois confrères seulement se refusent absolument à adopter un tarif quelconque ; deux ou trois également trouvent le tarif que nous proposons trop peu élevé. Que ceux-là veuillent bien remarquer que nous leur demandons seulement de ne pas adopter un tarif inférieur à celui de *la Participation*. Tant mieux pour eux s'ils peuvent obtenir des tarifs plus élevés. Nous les en félicitons.

Il reste donc plus de cent Confrères favorables au projet. Malheureusement, un certain nombre ne veulent s'engager que si les confrères voisins consentent à adopter le même tarif. Qu'un peu d'entente serait donc utile ! nous sommes tout prêts d'aboutir ; que les quelques hésitants veuillent bien se décider, et la question des tarifs à imposer aux Compagnies d'assurances sera résolue, dans notre département, pour le plus grand bien de notre profession !

En somme, l'avis que nous demandions est favorable, et l'Union des Syndicats du Calvados a pris les résolutions suivantes : imposer aux Compagnies d'assurances le tarif de *la Participation* ou le tarif girondin ; tenter une nouvelle démarche auprès des confrères, et tâcher d'obtenir leur adhésion formelle. Les Syndicats de Vire, Bayeux et Pont-l'Evêque adoptent les tarifs en question. Nous ne doutons pas que le Syndicat de Caen ne suive la même voie. Il ne reste plus que les Médecins non syndiqués. Nous espérons bien qu'ils se joindront à nous. Qu'ils considèrent ce que l'on peut avec l'entente ; qu'ils voient les résultats obtenus dans l'arrondissement de Vire, ceux obtenus à Orbec, et ils seront convaincus !

Les tarifs adoptés par *la Participation* semblent suffisamment rémunérateurs. Ce tarif, on le sait, est celui établi par le *Concours médical* sous le nom de « Tarif ouvrier. »

D'après ce tarif, les certificats, exigés par la loi, sont payés cinq francs. Les soins médicaux proprement dits sont comptés en plus, en partant d'une unité qui est le pansement simple, et qui est la raison d'être de la consultation, et se compte, comme celle-ci, deux francs.

Sont tarifées deux fois, cinq fois ou dix fois le prix de cette unité, suivant leur importance, les différentes interventions chirurgicales. La liste en serait trop longue à répéter ici. Le tarif girondin diffère très peu du tarif précédent. Nous ne pouvons non plus le reproduire dans ce journal. Mais il a été décidé, par l'Assemblée, que ces deux tarifs seraient imprimés et distribués à chacun de nos Confrères du département, qui pourront ainsi prononcer en toute connaissance de cause, et, nous l'espérons bien, adopter, ainsi que le propose l'Union des Syndicats, le tarif de *la Participation*.

L'Assemblée s'est ensuite occupée de la question des honoraires à attribuer aux chirurgiens d'hôpitaux. Le *Concours médical* a montré toute l'importance de cette question, et le Dr Jeanne, que nous prions d'accepter nos remerciements, pour son obligeance, a bien voulu nous indiquer la marche à suivre.

Il faut adresser aux commissions hospitalières un mémoire avec :

1° Exposé du préjudice causé à l'assistance hospitalière et au corps médical par les malades payants ;

2° Exposé du préjudice causé aux pauvres, dépossédés de leur lit ;

3° Nécessité de n'admettre que très exceptionnellement ces malades et d'user alors d'un double système de protection contre l'abus.

A. En faisant payer pour eux un prix de journée plus élevé parce qu'ils coûtent plus cher.

B. En leur laissant le droit d'honorer le médecin, puisque dans ce cas l'hôpital ne peut être onsidéré que comme une maison de santé.

Quant aux tarifs, il convient de n'en pas proposer et de dire seulement que ces malades seront soignés à l'hôpital aux-mêmes conditions

(1) Nous avons copié la liste officielle des Médecins du département établie chaque année par la préfecture. Cette liste est, d'ailleurs, inexacte, et si nous avons fait des oublis, nous prions nos Confrères de nous excuser.

de prix que s'ils étaient soignés à domicile, c'est-à-dire payeront le Médecin d'après les chiffres correspondant à leur situation sociale.

Telle est la ligne de conduite que préconise le Dr Jeanne. Elle a donné ailleurs des résultats heureux ; nous avons tout lieu de penser qu'elle en donnera d'aussi bons dans le Calvados. Cette question sera de nouveau traitée à la prochaine séance de l'Union.

A ce sujet, le Dr Hue a obtenu gain de cause auprès de l'Administration de l'Hospice d'Orbec et il a bien voulu, ce dont je le remercie, m'envoyer le document suivant :

« Comme suite à la circulaire de M. le Préfet du Calvados, relative aux hospitalisations pas suite d'accidents du travail, la Commission administrative de l'Hospice d'Orbec décide que le prix d'hospitalisation de ce genre de malades est fixé à 1 fr. 75 par jour, plus les frais de médecin et de pharmacien, en laissant à MM. les médecins le soin d'encaisser eux-mêmes le montant de ce qui leur sera dû, et ce à leurs risques et périls. »

L'exemple de nos confrères d'Orbec, qui ont su obtenir gain de cause auprès des Compagnies d'assurances et de la Commission administrative de leur hôpital n'entraînera-t-il pas tous nos confrères hésitants ?

Dr Osmont.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les médecins auxquels le ministre de la guerre a conféré, par décision du 4 janvier 1902, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis un certain nombre d'années, aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles. (Application de la décision ministérielle du 11 février 1900), nous relevons les noms des membres du Concours suivants :

Lettre d'éloges officiels

(*délivrée après dix années au moins de services gratuits*)

MM. les Docteurs Debrigode, de Saint-Leu (Seine-et-Oise) ; Angot, de Montsoult (Seine-et-Oise) ; Larrieu, de Montfort l'Amaury (Seine-et-Oise) ; Jacquot, de Creil (Oise) ; Maillier, de Cailly (Seine-Inférieure) ; Devoisins, de Breteuil-s-Iton (Eure) ; Valen, d'Orgères (Eure-et-Loir) ; Levassort, de Mortagne (Orne) ; Gressin, d'Aubigny (Cher) ; Patey, de Saint-Seine (Côte-d'Or) ; Laffage, d'Arnay-le-Duc (Côte-d'Or) ; Beaupère, de Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire) ; Tabaraud, d'Allonnes (Maine-et-Loire) ; Rousseau, de Tiercé (Maine-et-Loire) ; Gaud, de Melle (Deux-Sèvres) ; Maguin, de Chateau-la-Vallière (Indre-et Loire) ; Coudère, d'Ahun (Creuse) ; Grasset, de Riom (Puy-de-Dôme) ; Mauduit, de Crest (Drôme) ; Galibert, de Crest (Drôme) ; Raffy, de Négrepelisse (Tarn-et-Garonne) (1) ; Benoît, de l'Arba (Alger) ; Moreau, de Chaource (Aube) ; Cornu, d'Ervy (Aube) ; Gilles, de Garches (Seine-et-Oise) ; Lartisien, de Denain (Nord) ; Boulinquez, d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais) ;

Médailles de Bronze

(*Conférées après quinze années au moins de soins gratuits*).

MM. les Docteurs Mahelin, de Bernaville (Somme) ; Lequibin, d'Oisemont (Somme) ; Mordagne, de Tourny (Eure) ; Courand, de Damville (Eure) ; Bellier, de Laigle (Orne) ; Rocher, de Chatel-Censoir (Yonne) ; Rabjeau, d'Ingrandes (Maine-et-Loire) ; Quéré, de Callac (Côtes-du-Nord) ; Cazy, d'Evaux (Creuse) ; Ruelle, de Commentry (Allier) ; Borderémy, de Commentry (Allier) ; Nadet, de Chantelle (Allier) ; Marset, de Lavoute-Chilhac (Haute-Loire), Boimont, de Saint-Jeoire (Haute-Savoie) ; Aubin, de Saint-Césaire (Alpes-Maritimes) ; Cartade, d'Estagel (Pyrénées-Orientales) ; Roudouly, de Caussade (Tarn-et-Garonne) ; Soula, de Mazères (Ariège) ; Teyssandier, de Lugon (Gironde).

Médailles d'argent

(*Conférées après vingt années au moins de soins gratuits*).

MM. les Docteurs Cesbron, de Marines (Seine-et-Oise) ; Lemaître, de Neufchâtel (Pas-de-Calais) ; Barbot, de Falaise (Calvados) ; Larrieu, de Bonneval (Eure-et-Loir) ; Salomon, de Savigné-l'Evêque (Sarthe) ; Bütterlin, de Baume-les-Dames (Doubs) ; Boyé, de Monthureux (Vosges) ; Juillard, de Chatillon-de-Michaille (Ain) ; Gauthier, de Charolles (Saône-et-Loire) ; Dupuis, de Cuisery (Saône-et-Loire) ; Chevalier, de Beaufort (Maine-et-Loire) ; Moulinier, d'Excideuil (Dordogne) ; Force, de Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Bourillet, de Bézenet (Allier) ; Chanel, de Tarare (Rhône) ; Levère, de Béziers (Hérault) ; Rabère, de Pauillac (Gironde) ; Salvan, de Morris-Zerizer (Constantine) ; Custaud, de Collo (Constantine) ; Pernet, de Rambervillers (Vosges).

Médailles de vermeil

(*Conférées après vingt-cinq années au moins de soins gratuits*).

MM. les Docteurs Okinczyc, de Luzarches (Seine-et-Oise) ; Joly, de Fauquembergues (Pas-de-Calais) ; Delepouve, d'Heuchin (Pas-de-Calais) ; Croquet, de Tergnier (Aisne) ; Chocus, d'Attichy (Oise) ; Rochefort, de Lassigny (Oise) ; Pénelet, de Port-Brillet (Mayenne) ; Mascarel, de Brûlon (Sarthe) ; Michalsky, de Charny (Yonne) ; Spindler, de Ronchamp (Haute-Saône) ; Mathez, de Mouthier (Doubs) ; Juif, de Melisey (Haute-Saône) ; Gagey, de Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or) ; Lefebvre, de Louhans (Saône-et-Loire) ; Goëde, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) ; Bourgeot, de Pontailler-s-Saône (Côte-d'Or) ; de France, de Champtoceaux (Maine-et-Loire) ; Bouquerot, de Saint-Remy (Puy-de-Dôme) ; Viallaron, de Firminy (Haute-Loire) ; James, de Saint-Laurent-du-Pont (Isère) ; Cazet, de Tain (Drôme) ; Réfrégé, de Lodève (Hérault) ; Rouveyrolis, d'Aniane (Hérault) ; Crouzel, de Prayssas (Lot-et Garonne) ; Fabre, d'Astaffort (Lot-et-Garonne) ; Chambon, de Miramont (Lot-et-Garonne) ; Pastureau, de Monségur (Gironde) ; Dartigolles, de Villaudrant (Gironde) ; Prengrueber, de Palestro (Algerie).

(1) Décédé depuis deux ans !

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4777. — M. le docteur Hézaro, de Maizières (Haute-Saône), membre du Syndicat de la Haute-Saône.

N° 4778. — M. le docteur Vincent, de Mandres (Seine-et-Oise), membre du Syndicat de Corbeil.

N° 4779. — M. le docteur Renaud, d'Autun (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire et du Syndicat du Morvan.

N° 4780. — M. le docteur Violette, de Mantes (Seine-et-Oise), membre du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

N° 4781. — M. le docteur Robin, de Merfy (Marne), membre de l'Association des médecins de la Marne et de la Société médicale de Reims.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Marchand, des Montils (Loir-et-Cher) ; Lasbats, de Lembeye (Basses-Pyrénées) et Pressans, de Garlin (Basses-Pyrénées), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. Cezilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt quatrième année. N° 5 1er FÉVRIER 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Qui subventionne la mutualité ?

Par mutualité, nous entendons, nous autres profanes, des groupements de personnes qui mettent en commun leurs ressources, pour se garantir réciproquement contre des risques quels qu'ils soient. Un point, c'est tout. Et c'est le principe que nous appliquons dans nos œuvres médicales.

Mais les pontifes mutualistes de notre époque ne l'envisagent pas ainsi. Ils estiment que ces groupements ne doivent pas employer toutes leurs ressources à atteindre le but proposé, qu'ils n'en doivent fournir qu'une partie, qu'ils doivent mendier ou exiger le supplément, qu'ils sont, de par leur nature, essentiellement parasites, et que les pouvoirs de toutes sortes ont à les aider dans le développement de cette tendance, parce que c'est une façon de résoudre la question sociale !

Partant de ce principe, tous les Dubois-Fresnay et autres Ch. Dupuy, rédacteurs de circulaires ministérielles aussi comminatoires que célèbres, ont résolu d'appliquer cette doctrine à la réglementation des rapports à établir entre les Sociétés de secours mutuels et ceux aux crochets desquels on a résolu de les faire vivre. Ils rapprochent par de savantes comparaisons l'Assistance et la Mutualité, concluant que cette dernière est une forme supérieure de l'autre, digne de tous les encouragements, de toutes les subventions, etc. etc...

Ainsi pense et parle (à l'unanimité maintenant que le Dr Le Baron n'y est plus) le Conseil supérieur de la mutualité : ainsi pensent et parlent tous les grands apôtres politiques du beau mouvement mutualiste qui, que, (et ainsi de suite)... sert surtout à faire élire les candidats !

Mais, quand ces gaillards-là ont décroché la timbale, croyez-vous qu'ils se préoccupent d'appliquer leurs formules eux-mêmes ? Croyez-vous que, bravant le contribuable, ils vont voter, dans les budgets de l'Etat, des départements et des communes, ces vastes crédits qui témoigneraient largement de la sincérité de leurs convictions ?

Eh bien oui ! Et la réélection ?

Si vous doutez encore, nous livrons à vos méditations l'aveu formulé à Lille, le dimanche 19 janvier 1902, par M. Paul Deschanel, l'un des plus qualifiés et des plus ardents parmi les susdits apôtres officiels. Voici cette simple phrase, qui est la plus éloquente des constatations :

« *Depuis dix ans, la mutualité n'a pas coûté à l'Etat un million par an.* »

Et cela est parfaitement vrai. On s'en est tiré avec des médailles, des décrets, des projets de loi, des décorations à M. Chauchard, et toute monnaie de ce genre.

Pendant ce temps-là, chacun des 15.000 médecins de France versait 10 fr. de sa poche pour sa cotisation de membre honoraire de la Société qu'on lui suscitait dans sa clientèle : soit déjà, de ce fait, 150.000 fr. annuellement prélevés sur le corps médical. Mais, comme il sacrifiait de plus une moyenne de 50 fr. par an au moins sur ses honoraires aux mêmes mutualités, ce qui fait $15.000 \times 50 = 750.000$, il en résulte que nous, médecins, avons payé à la divinité nouvelle le même tribut que Sa Majesté l'Etat, pour en retirer les avantages que vous savez.

Conclusion à la portée de tous, même du

Conseil supérieur de la mutualité : «*Toute la campagne mutualiste se fait sur le dos des médecins. C'est inique, et nous ne devons plus le supporter.* »

Et celui de nos confrères qui succèdera au Dr. Le Baron n'a pas besoin de rédiger un autre programme que celui-ci : Les Sociétés de secours mutuels n'ont aucun droit à des honoraires réduits. A l'Etat de les aider davantage, s'il juge qu'elles ne peuvent pas se suffire par elles mêmes.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des fractures par le massage

L'application du massage au traitement des fractures n'est point chose nouvelle ; depuis longtemps, il fait le triomphe des rebouteurs et il est devenu d'une pratique assez courante depuis un certain nombre d'années, surtout à la suite des enseignements magistraux de M. le Dr Championnière.

M. le Dr *Roux*, de Riom, décrit dans la *Revue de Cinésie*, les détails de sa pratique personnelle :

Après avoir reconnu le siège de la fracture, nettoyé le membre, aseptisé la plaie, si elle existe, et opéré la réduction, je place le membre dans une gouttière en fil de fer large et peu profonde, dont l'intérieur est garni d'ouate recouverte de compresses imbibées d'eau blanche. Cette gouttière, où le membre ne subit aucune compression, a simplement pour but de s'opposer aux grands mouvements.

Ces précautions une fois prises, je procède immédiatement à une première séance de massage de bas en haut, avec la pulpe du doigt d'abord, puis avec la main entière, en entourant le membre et en évitant le trait de fracture — la douleur éprouvée par le malade me sert de régulateur.

En principe, le massage doit être fait assez légèrement pour ne point provoquer de douleur.

Après avoir massé le membre, je le recouvre de compresses imbibées d'eau blanche, et le tout d'ouate : si le malade paraît susceptible de trop d'agitation, je place la gouttière sur un oreiller et j'attache le tout avec une bande peu serrée.

Ces séances de massage sont renouvelées deux fois par jour pendant un quart d'heure environ : dès que la consolidation commence à s'opérer, c'est-à dire du 8 au 15e jour suivant les cas, je masse les articulations voisines du siège de la fracture et commence à leur imprimer des mouvements étendus. Ce traitement est excellent pour les fractures épiphysaires, ou situées au voisinage des articulations. Le procédé du massage a certainement l'avantage de hâter considérablement la guérison, de faire disparaître rapidement le gonflement et la douleur et surtout, d'éviter les ankyloses des muscles et des articulations au voisinage des fractures, ankyloses si souvent longues à disparaître après l'immobilisation dans un appareil plâtré. Par contre, ce procédé paraît moins bon dans les fractures du corps des os, expose à des pseudarthroses et à des cals fibreux, et donne presque toujours un cal volumineux, quelquefois même difforme. De plus, il a le grave inconvénient, dans la clientèle, de ne pouvoir être employé que chez les ma-

FEUILLETON

L'Union des mères de famille

Lettre au Président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Paris, le 10 décembre 1901.

Mon cher confrère et président,

En parcourant le dernier *Bulletin* de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, mon attention vient d'être attirée par la communication de Madame Edwards Pilliet sur l'*Union des mères de famille*.

Malgré la régularité avec laquelle je néglige d'assister aux séances de la Société, puis-je donner mon impression ? Il est possible que mes critiques paraissent exagérées. N'importe ! les voici à la queue-leu-leu, telles qu'elles me sont venues.

Ainsi, il existe une Union des mères de famille ayant pour but de prêter du linge et des ustensiles et de donner gratuitement le secours de gardes-malades éclairées ; cela, bien entendu, dans la classe indigente et nécessiteuse et dans toute la classe ouvrière qui joint les deux bouts en travaillant, mais tombe dans la gêne en cas de maladie : en un mot, cette œuvre est créée pour la foule de ceux qui n'ont pas le moyen de payer une garde-malade et qui en auraient besoin.

A première vue, l'œuvre semble répondre à un besoin. Notre collègue, le Dr Pottier, a pourtant fait à ce sujet des réserves pleines de bon sens. Mais j'aime mieux passer outre. J'approuve et je déclare que, vu d'ensemble, c'est très beau. Très beau et très vaste. Un peu vaste peut-être.

J'ai été récemment sollicité, comme tous mes confrères sans doute, de donner mon adhésion. J'ai hésité. On s'est empressé d'ajouter qu'il ne s'agissait que d'une adhésion morale ; et, voyant qu'on n'attaquait pas encore mon porte-monnaie, j'y suis allé de mon signe de tête affirmatif. Voici maintenant que les congrès et sociétés médicales sont travaillés dans le même sens ; et, soit politesse, soit conviction emportée d'assaut, on accorde des félicitations plus ou moins chaleureuses. Il y a eu, précédemment, des approbations obtenues du Dr Brouardel, notre éminent ex-doyen, et d'autres sommités médicales, qui s'en fichent, mais se croient obligés au *sourire-sur-les-lèvres* et à *l'accueil protecteur* sur une œuvre aussi évidemment philantropique. Bientôt, vont paraître quelques médailles décernées par des sociétés quelconques, savantes ou pas savantes. Puis viendront les subventions du conseil municipal et de l'État. Oh ! bien minimes, mais pourvu qu'elles existent, c'est l'essentiel. Et l'œuvre est lancée.

C'est alors que les grands quotidiens vont claironner la nouvelle aux alentours ; que les belles madames et les messieurs cossus seront invités à venir vers l'Union des mères de famille, et à rivaliser de générosité pour les véritables, les seules *pauvres-mères-de-famille*. Du coup, les avariés de Brieux pâliront encore ; il ne leur restera plus qu'à continuer solitairement le traitement préconisé par la censure. Abandonnons-les à leur malchance, et faisons un peu de mathématique.

Sur 3000 médecins parisiens, combien auront la pensée et l'occasion de recourir à l'Œuvre que Mme Edwards Pilliet met si aimablement à leur disposi-

lades logés à proximité du médecin et auxquels ce dernier peut consacrer chaque jour un temps assez considérable.

En résumé, sans l'appliquer d'une façon systématique dans tous les cas de fractures, on peut le considérer comme un procédé de choix toutes les fois que son emploi est possible.

Pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

D'après la *Revue de clinique et de thérapeutique*, voici en quelques mots l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

Pour que l'ulcère de l'estomac se développe, il faut :

1° Que la muqueuse de l'estomac soit, dans une certaine étendue, mise en état de résistance amoindrie, par suite d'un trouble vasculaire ou trophique, gastrite chronique, compression ou oblitération d'un vaisseau, etc., etc.

2° Qu'il se produise un spasme du pylore, entravant le libre passage des aliments dans l'intestin, par suite de quoi, la portion de muqueuse, dont la résistance à l'action corrosive du suc gastrique est amoindrie, se trouve exposée à un contact prolongé avec ce suc acide ou hyperacide.

Naturellement, le spasme pylorique pourra être la conséquence de toute irritation, directe ou réflexe, de la portion du pneumogastrique, chargée de l'innervation de l'estomac. Dans la réalité, cette irritation spasmogène est presque toujours entretenue par le contact de la muqueuse de l'estomac avec un produit de sécrétion trop acide. En d'autres termes, *chez l'homme, l'ulcère rond de l'estomac coïncide presque toujours avec l'hyperacidité gastrique*, qui le précède. On en est venu ainsi à se représenter l'ulcère rond comme étant, dans la plupart des cas, mais non toujours, un aboutissant de la dyspepsie hyperchlorhydrique (qui englobe l'hyperpepsie). Voilà une notion qu'il importe de se graver dans l'esprit.

Traitement de l'anémie des enfants, sans splénomégalie.

M. le Dr *Aviragnet* a consacré une très intéressante étude à l'anémie des jeunes enfants.

Quand elle est congénitale, l'anémie s'observe chez des enfants nés d'une mère anémique, ou de parents syphilitiques ou tuberculeux. Ou bien encore, la mère a fait, pendant sa grossesse, quelque maladie grave, anémiante. En fait d'autres causes de l'anémie congénitale, le Dr Aviragnet a mentionné les lésions placentaires, en général, et le placenta albuminurique, en particulier. Viennent ensuite les lésions cardiaques congénitales, qui entraînent l'anémie, du fait des troubles circulatoires qu'elles engendrent (*Journ. de médecine Interne*).

Pour ce qui est de l'anémie acquise, chez les enfants, elle peut reconnaître pour causes le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire, les vers intestinaux, les affections infectieuses antécédentes, ou encore une rhinopharyngite chronique, accompagnée ou non d'amygdalite, ou simplement le séjour habituel dans un air vicié. Enfin, les troubles digestifs constituent une cause fréquente d'anémie chez les enfants. Elle peut être encore une conséquence du paludisme

---

tion ? Est-ce trop 2.000 ? mettons une moyenne de 1.500. Et pour ne pas être tentés d'abuser de cette jeune organisation, prenons l'engagement d'honneur de ne pas demander plus de quatre infirmières gratuites par mois, ce qui est modeste, je pense. Par une multiplication très simple, je trouve qu'il nous faudra 6.000 infirmières. Ce nombre est approximatif, car il y en a qui serviront probablement plusieurs fois. Mais c'est là un minimum ; et il faudra que la société songe à augmenter et à renouveler son personnel. Ce renouvellement est indispensable en raison du mode de recrutement des gardes-malades que Madame Edwards-Pilliet nous a dévoilé avec une naïveté non dépourvue de charme. Elle s'est gentiment servie du petit truc des faiseurs d'annonces, réclames, fabricants de coopératives, mutuelles, etc., truc qui a toujours prise sur la bêtise humaine : et voici son discours, ou à peu près : « Vous donnerez vos soins gratuits, non pas « en votre nom personnel, mais sous le patronage « et pour la grande gloire de l'*Union des mères de « famille*. Ça ne vous rapportera rien, mais.... ça « vous fera connaître. Les médecins seront heureux « de vous recommander dans de bonnes familles. Et « des fondrières populaires vous monterez vers les « riches coteaux bourgeois. »

Ce qui fait qu'en donnant notre adhésion morale à cette œuvre, *nous déclarons en même temps approuver ce langage* ; et que, à moins de tromper les malheureuses alouettes qui se jettent sur ce miroir, nous avons le devoir de les aider à voler vers des sillons d'abondance. Il n'y a pas moyen d'agir autrement, quand ce ne serait que par pitié. Ne serions-nous pas barbares de les laisser dans cette situation non payée, où elles ne peuvent récolter que les haillons et la misère ? Car, soyons logiques, si elles sont éternellement infirmières gratuites, comme elles n'ont probablement pas de rentes ni de maisons de rapport, un moment viendra fatalement où elles seront sans ressources, épuisées de fatigue, et bientôt à leur tour malades et obligées de réclamer par notre intermédiaire les infirmières gratuites de l'Union des mères de famille. Tout cela est logique, et montre bien quels sont nos devoirs à l'égard des subordonnées de Mme Edwards-Pilliet.

En résumé, il nous faut 6.000 infirmières gratuites à dépenser dans un mois. Et, le mois suivant, pour tenir les promesses faites par Madame la Directrice, ces 6.000 infirmières seront placées par nous dans d'excellentes familles qui les dédommageront de leurs peines. Cela, c'est nécessaire ; c'est simple comme bonjour : et la question est résolue.

Mais, j'y songe, ce second mois, nous aurons encore besoin d'un minimum de 6.000 nouvelles infirmières gratuites. Pourvu que l'*Union des mères de famille* en ait une provision suffisante ! Mon Dieu ! comme Mme Edwards-Pilliet ne semble pas douter un instant de la facilité de recrutement de son personnel, partageons sa confiance, et soyons assurés qu'elle nous les procurera. Mais, le troisième mois, ce sera plus difficile.

Pour ne pas être dans l'embarras, on pourrait peut-être établir un roulement qui consisterait à faire alterner ces deux séries : un mois, gratuites et dans la purée ; un mois bien payées et convenablement nourries. De cette façon, 12.000 infirmières suffiraient à nos besoins.

Seulement, une fois bien casées, n'y aura-t-il pas du tirage pour les ramener dans le maigre giron de l'Union des mères de famille ? Les débrouillardes, les intelligentes et les chanceuses feront la sourde oreille. Et ça ne pourra plus marcher, puisque ce serait toujours les mêmes qui resteraient gratuites. Décidément, j'ai peine à voir tout rose

mais alors, elle s'accompagne d'un engorgement de la rate.

Dans ce dernier cas, M. Aviragnet conseille de traiter les enfants par les injections sous-cutanées de chlorure double de fer et de quinine, suivant la formule :

Rec. Chlor. double de fer et de quinine. 0 gr. 10
Eau distillée q. s. pour........... 10 cc.

M. — Injecter un centimètre cube de cette solution.

Quand la syphilis est en cause, il faut instituer le traitement mercuriel.

Dans les cas de rhino-pharyngite, il faut faire le nettoyage des fosses nasales, procéder à l'ablation des végétations adénoïdes.

Quand l'anémie dépend de troubles digestifs, il faut prescrire un régime approprié.

Enfin, il faut diriger un traitement contre l'anémie. M. Aviragnet a rappelé que Jules Simon ne donnait pas de fer aux enfants âgés de moins de 4 ou 5 ans, sous prétexte que ce médicament est mal supporté à cet âge. M. Aviragnet est d'un avis contraire. Il a insisté sur ce que le protoxalate de fer est particulièrement bien supporté. Il conseille de prescrire ce sel, à la dose de 1 à 2 centigrammes, chez un enfant de 1 à 2 ans.

En fait d'autres préparations martiales à prescrire aux enfants, M. Aviragnet a cité le sous-carbonate de fer, à donner à la dose de 5 à 25 centigrammes, dans un sirop, le chlorure et le lactate ferreux, à la dose de 5 à 25 centigrammes, le protoiodure de fer, en sirop.

Il peut y avoir avantage à prescrire l'arsenic, qu'on donnera de préférence sous la forme suivante :

Rec. Arséniate de soude..... 5 centigrammes
Eau distillée.......... 250 grammes

M. — Une cuillerée à café à chacun des repas.

L'arsenic réussit bien surtout dans l'anémie pseudo-leucémique et dans les leucémies.

Les cacodylates peuvent être administrés en suppositoires, mais non en gouttes, ni en injections sous-cutanées.

Les glycérophosphates sont généralement trop excitants ; quant au phosphore, sous forme d'huile de foie de morue phosphorée, nous n'en conseillons pas l'usage ; elle est dangereuse.

L'absorption vésicale.

M. le Dr T. *Barbarroux*, de Montpellier, a consacré sa thèse de Doctorat à l'étude du degré d'absorption de la muqueuse vésicale.

Voici les résultats de ses recherches :

I. L'épithélium vésical sain ou malade est capable d'absorber.

II. Le pouvoir absorbant de la vessie saine, dans les conditions normales, n'est pas très grand ; mais il est très réel et très appréciable, aussi bien pour les substances normales de l'urine que pour les poisons et les substances médicamenteuses qui y sont introduites.

III. Le pouvoir absorbant de la vessie saine peut être augmenté dans certaines conditions, en dehors des influences de température, de pression, etc., etc., qui ont la propriété de faciliter ordinairement les phénomènes d'osmose, et qui sont :

---

et tout joli, malgré la confiance que m'inspire Madame la Directrice.

Il est certain qu'en fournissant tous les mois 6.000 infirmières toutes neuves, l'Union des mères de famille fonctionnerait d'une façon satisfaisante. C'est évidemment la solution préférable. Nous, bien entendu, nous aurons le devoir de les caser convenablement à la fin de chaque mois. C'est si peu de chose pour nous de placer tous les mois 6.000 infirmières dans des familles aisées, et de leur procurer ces poses de ventouses, pansements spéciaux, etc., pour lesquels, à l'heure actuelle, il n'existe personne à Paris, et que Mme Edwards-Pilliet a très heureusement découverts dans son voyage d'exploration à travers le Paris malade

Allons ! je crois que j'avais tort de parler de critique au début de ma lettre. J'ai enfin compris que tout ce mécanisme est assez simple ; il n'a besoin que d'être convenablement huilé. Il ne me reste donc plus qu'à vous prier de vouloir bien transmettre à Mme Edwards-Pilliet, à la suite des félicitations que vous lui avez déjà données, les miennes aussi, et le léger tribut de mon enthousiaste admiration.

Cependant, une dernière remarque. Ne croyez-vous pas qu'avant de lancer par la France cette machine grandiose, il serait bon qu'elle eût déjà fonctionné à Paris ? Or, en relisant la communication de Mme Edwards-Pilliet, je note un détail qui m'avait échappé : L'œuvre est, dit-elle, actuellement à la tête d'une trentaine d'infirmières, ce qui veut dire un peu plus de vingt. Çà ne nous fait guère que le tiers d'une infirmière par quartier, puisque Paris a 80 quartiers Et dame ! ce n'est pas beaucoup.

Je veux bien, puisque j'ai adhéré moralement, solliciter pour moi-même le tiers qui revient à mon quartier, et m'en contenter. Mais si mon voisin le réclame aussi, comment ferons-nous ? Faudra-t-il donc nous contenter chacun d'un sixième d'infirmière gratuite ? Je n'ose aller plus loin ; car il me semble atteindre ces limites ultimes que la sagesse divine a fixées à l'esprit de l'homme et qu'il ne peut franchir sans se perdre.

Je sais bien que Madame la Directrice promet une inspectrice par arrondissement, laquelle surveillera les fractions d'infirmières dévolues à son arrondissement. N'importe ! j'ai quelque peine à entrevoir le fonctionnement de l'Union des mères de famille dans toute son harmonie et sa splendeur.

Je viens de vous donner là, mon cher Président, non pas une critique, comme je le voulais d'abord, mais simplement le tableau des efforts, logiques, il me semble, que j'ai faits pour tout comprendre. Vous qui paraissez avoir saisi du premier coup, veuillez m'éclairer les points obscurs.

Ne pourriez-vous, par la même occasion, me dire dans quel auteur se trouve une certaine mouche qui

Va, vient, fait l'empressée,

et qui, s'adressant aux bons travailleurs rudes à la besogne, termine ainsi :

Ça, messieurs les chevaux, payez-moi de ma peine !

Bien cordialement à vous.

Dr Hervouet.

1° L'augmentation de vascularisation ;
2° La distension (augmentation de la surface absorbante) ;
3° Le lavage de l'épithélium ou l'introduction dans la vessie d'une substance capable de dissoudre le vernis épithélial : la mucine.

IV. Le pouvoir absorbant de la vessie malade est assez notable. Il est cependant moins appréciable que celui de la vessie saine dans certaines cystites.

V. Ce pouvoir absorbant de la vessie enflammée peut être diminué en introduisant dans la vessie une solution de mucine, des substances mucinogènes ou mucilagineuses.

VI. Ces modifications du pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale peuvent être utilisées en thérapeutique, aussi bien pour se servir de la vessie comme voie d'absorption que pour empêcher l'absorption des médicaments toxiques introduits dans des vessies malades.

Elles expliquent et justifient en partie les contradictions des expérimentateurs sur cette question.

Péritonite enkystée puerpérale.

D'après la thèse du Dr Gaston Raffier, de Paris, il existe une forme très rare, mais non peut-être exceptionnelle, de pelvi-péritonite puerpérale, qui aboutit à la formation d'un vaste abcès enkysté du péritoine, atteignant et même dépassant l'ombilic.

Cette forme a du reste été décrite par Bernutz, Delbet, etc.

Cette forme est caractérisée par sa marche lente, insidieuse, sans presque de réaction péritonéale qui tranche avec l'allure dramatique de la pelvi-péritonite habituelle.

Il peut être utile de signaler cette variété si différente de la description habituelle. Des erreurs de diagnostic sont en effet possibles en présence de tels faits généralement ignorés.

Cette forme de pelvi-péritonite suppurée peut parfaitement survenir plusieurs mois après un accouchement sans qu'il y ait la moindre lésion annexielle.

Traitement du décollement de la rétine.

Voici la technique de la ponction électrolytique que M. le Dr *Darier* emploie pour traiter les décollements rétiniens graves, tels que ceux qui peuvent survenir chez les myopes :

« L'œil étant bien cocaïnisé et aseptisé, le malade étant couché bien horizontalement dans son lit, la pile à courant constant de 9 petits éléments de Gaiffe étant disposée avec son rhéostat et son galvanomètre sur un meuble bien stable, je procède à la ponction électrolytique en me servant de la lame en platine iridié à double tranchant recommandée par M. Abadie ; elle est reliée par un fil isolé au *pôle positif* de la pile, le *pôle négatif* étant appliqué sur le bras.

« L'œil étant luxé aussi fortement que possible avec une pince à fixation, pour mettre bien à jour l'endroit de la sclérotique qui correspond au décollement, la lame est alors introduite aussi en arrière que possible, pour éviter les procès ciliaires.

« Je pénètre à environ 2 ou 3 millimètres de profondeur, et imprimant un mouvement de torsion au couteau, je provoque la sortie du liquide sous-rétinien. On fait alors passer le courant très doucement et progressivement de manière à ne pas provoquer de secousses ; quand le courant est arrivé à 4 ou 5 milliampères on le laisse agir pendant 2 ou 3 minutes.

« Pendant la dernière minute, on retire, très lentement, l'aiguille, de façon à ce qu'au moment de la sortie, il ne reste plus, depuis un instant, que la fine pointe en contact avec la plaie. Le courant est également diminué decrescendo parallèlement à l'extraction de l'aiguille.

« Une fois l'électrolyse terminée, une injection sous-conjonctivale d'une pleine seringue de la solution suivante est pratiquée un centimètre plus loin que la ponction :

Chlorure de sodium......	1 gramme.
Cyanure d'hydrargyre....	0 gr. 005.
Eau distillée.............	10 grammes.

« L'*acoïne*, très nécessaire pour rendre cette injection aussi peu douloureuse que possible, étant précipitée par ces fortes doses de chlorure de sodium, sera avantageusement injectée préalablement, et la canule restant en place, la solution salée sera injectée par-dessus presque sans douleur. S'il y a un chémosis très marqué ou de vives douleurs, on appliquera 2 ou 3 sangsues à la tempe. Le *décubitus dorsal* doit être observé avec rigueur et le pansement levé seulement le 4e jour. Le plus souvent, on est agréablement surpris par un recollement parfait. D'autres fois, il y a un peu de réaction, un peu d'iritis et de trouble du corps vitré. Il faut faire des instillations d'atropine et des frictions hydrargyriques autour de l'orbite, et dès que la rougeur aura diminué, reprendre les injections sous-conjonctivales, mais diluées d'abord.

« Dans quelques cas, il peut n'y avoir que recollement partiel. Il faut alors faire de nouvelles électrolyses ; mais pour cela il faut qu'il n'y ait plus de phénomènes inflammatoires. Les pointes de feu, les sangsues, les sudations par la pilocarpine, alternant avec les injections sous-conjonctivales, compléteront parfois la guérison.

« Enfin, si après un mois ou 6 semaines de vains efforts, le décollement se reproduit toujours, on pourra faire l'essai des injections intra-vitréennes.

« Nous avons enfin toute la série trop nombreuse, hélas ! des *décollements rétiniens chroniques* ayant résisté à tous les traitements et qui finissent par entraîner une désorganisation complète de l'œil. Il se forme d'abord une cataracte, puis l'œil s'atrophie plus ou moins.

« Toute intervention est contre-indiquée dans ces conditions, à moins d'indications spéciales, luxation du cristallin cataracté, accidents glaucomateux inflammatoires ; mais alors nous sortons du traitement des décollements rétiniens. »

Les injections hypodermiques de persulfate de soude contre le tétanos.

M. le Dr *Gélibert*, de Lyon, a publié dans le *Lyon médical*, les résultats des applications qu'il a faites du persulfate de soude en injections contre le tétanos, à la suite des expériences mémorables de MM. Lumière et Chevrotier.

Chez deux malades atteints de tétanos confirmé, et traités par le chloral à haute dose, M. Gélibert a fait au bout de 5 jours pour le premier, au bout de 17 jours pour le second, des injections hypodermiques aseptiques de 10 cc. de solution de persulfate de soude à 2,50 et même à 5 %, deux fois par jour, et il a obtenu deux guérisons remarquables.

Ce qui est le plus intéressant dans ces deux observations, c'est qu'après les premières injections de persulfate de soude, les malades ont pu reposer tranquillement et passer une bonne nuit, alors qu'en prenant du chloral et du bromure, ils pouvaient à peine sommeiller quelques minutes de suite.

On voit aussi disparaître complètement à la suite des premières injections les accès spasmodiques si douloureux, qui se produisaient à chaque instant, soit à l'occasion d'un mouvement ou d'une contrariété, soit même spontanément.

De plus, les contractures commencent à diminuer à la fin du second jour de traitement dans un cas, à la fin du troisième jour dans l'autre. Leur disparition complète est obtenue au bout de sept jours chez le second malade, au bout de dix jours chez le premier. Le trismus seul persiste encore quelque temps.

On a constaté en outre que les injections de persulfate de soude semblent relever l'état général qui s'améliore rapidement comme si l'organisme était désintoxiqué.

Enfin, ce qui a bien son importance dans une maladie où les souffrances sont souvent intolérables, les injections sont peu douloureuses à la condition de ne pas dépasser le titre de 5 % et de n'employer que des solutions fraîchement préparées. Car, même avec une solution renfermée dans un tube de verre scellé à la lampe, il se produit assez rapidement une réaction qui décompose le persulfate en sulfate de soude et acide sulfurique. C'est à cette décomposition que l'on attribue le léger œdème de la paroi abdominale qui s'est produit chez un malade au niveau des deux piqûres.

Il nous a semblé intéressant de signaler cette action puissante du persulfate de soude. Il est certain qu'en agissant sur les contractures musculaires qui diminuent, puis disparaissent, on rend aux malades un réel service. On leur permet, en effet, de s'alimenter plus facilement et par conséquent de lutter d'une façon plus active et plus efficace contre l'infection qui les envahit.

Peut-être ces heureux effets du persulfate de soude persistent-ils lorsque les contractures reconnaissent une autre cause que le tétanos.

Cyto-diagnostic céphalo-rachidien.

M. le Dr Ch. Roger *Maillard* a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale progressive. Voici ses conclusions :

La syphilis, à toutes les périodes de son évolution, peut atteindre l'axe cérébro-spinal, sans témoigner cette atteinte cliniquement. L'altération des méninges, ainsi produite, se traduit par une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ;

Le liquide céphalo-rachidien des pseudo-paralytiques généraux, alcooliques ou autres, peut, ou non, contenir des lymphocytes ;

Le cytodiagnostic est insuffisant, à lui seul, pour poser un diagnostic sûr dans les cas de paralysie générale douteuse. Il est insuffisant, à lui seul encore, pour poser un diagnostic précoce dans les cas de paralysie générale au début :

Le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux juvéniles est riche en éléments cellulaires leucocytaires. On y trouve une abondante leucocytose dans laquelle les polynucléaires sont plus nombreux que les lymphocytes ;

La leucocytose céphalo-rachidienne, pour toutes ces raisons, ne peut servir qu'à affirmer l'existence d'une irritation des méninges, sans témoigner de la nature du processus irritatif.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le cytodiagnostic céphalo-rachidien ne possède donc qu'une valeur clinique relative.

L'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite chronique.

M. le Dr Raymond *Triol*, de Montpellier, a étudié dans sa thèse de doctorat, les rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite.

Il existe, dit-il, dans la plupart des cas d'entérite muco-membraneuse, des phénomènes d'appendicite chronique plus ou moins mal caractérisée.

Il faudra penser toujours à la possibilité d'une appendicite dans les entéro-colites pour lesquelles le traitement médical se montre insuffisant, ou bien dans celles qui présentent des crises avec douleurs dans la fosse iliaque droite, et la rechercher, car cette affection livrée à elle-même, ne guérit que rarement et peut procurer des lésions irrémédiables, avec toujours la possibilité de l'éclosion d'accidents aigus d'appendicite.

Si les signes ordinaires sont insuffisants pour faire le diagnostic d'une appendicite chronique, on s'adressera au toucher rectal ou au toucher vaginal, combiné au palper abdominal.

Il convient d'abord de faire l'ablation de l'appendice. Si les troubles d'entéro-colite persistent on instituera un traitement spécial.

PRESSE ANGLAISE

Etiologie, prophylaxie et traitement de l'avortement

M. Peter Horrocks a présenté au dernier congrès de l'*Association médicale britannique* un rapport intéressant sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de l'avortement.

L'avortement ou fausse couche désigne l'expulsion anormale du contenu de l'utérus gravide à toute période comprise entre la conception et la date de viabilité du fœtus, c'est-à-dire des premiers jours au 6e mois de la grossesse. C'est un accident pathologique d'une extrême fréquence, dans les grandes villes surtout ; bien des femmes même font des avortements de quelques jours ou de quelques semaines sans qu'elles s'en doutent. Lorsque l'ovule, en effet, se trouve fécondé par un spermatozoïde, il est d'abord le siège de modifications qui aboutissent à la formation de l'embryon, puis immédiatement il se fixe en un point de la muqueuse utérine. Mais, ce dernier travail peut se trouver retardé ou ne pas se produire, l'œuf étant expulsé par l'écou-

lement menstruel hors de la matrice avant qu'il se soit inséré sur elle. Il y a, alors, fécondation sans gestation, avortement sans grossesse. Les règles se présentent avec leur rythme et leur durée habituels, tout semble normal et, ainsi, la fausse couche a lieu à l'insu du médecin et de la femme.

Les avortements de 1 mois 1/2 à 2 mois sont souvent d'origine criminelle. L'absence d'une période de règles, signe le plus important de la grossesse au début, constaté avec joie par les femmes qui désirent un enfant, est par contre noté avec frayeur par celles qui redoutent cette éventualité. Elles s'adressent alors aux pilules, aux potions, aux injections, aux exercices violents et enfin aux instruments pour se procurer une fausse couche. Beaucoup de drogues réputées abortives contiennent des principes purgatifs et en particulier de l'aloès; ceux-ci peuvent quelquefois provoquer les contractions utérines aussi bien qu'intestinales et causer l'expulsion de l'œuf. Bien plus incertaine est l'action de l'ergot de seigle, des cantharides, de la sabine, des irrigations vaginales ou des pansements glycérinés du vagin.

L'introduction de tampons de charpie dans le col utérin, comme méthode obstétricale d'avortement, a été abandonnée par tout le monde. De même l'application de caustiques sur le museau de tanche dont les conséquences sont désastreuses pour la mère; malgré cela, on voit encore, en médecine légale, des faiseuses d'anges qui ont employé ces procédés et ont eu recours au nitrate acide de mercure ou à l'acide nitrique.

Les lavages ou les cathétérismes intra-utérins, répétés assez souvent, donnent habituellement lieu à un avortement. Lorsque celui-ci est légitime et honnête, chose assez rare à une période aussi précoce de la gestation, le cathétérisme constitue un moyen abortif simple et vraiment favorable. Quelques accoucheurs, il est vrai, lui préfèrent l'usage rationnel de la curette mousse ou encore le nettoyage digital de la matrice une fois le col dilaté avec des bougies appropriées.

Plus tard, la grossesse étant plus avancée et l'œuf rempli d'une quantité relativement abondante de liquide amniotique, l'avortement criminel dispose d'armes nouvelles, les instruments piquants, les sondes avec lesquelles l'amnios est déchiré. L'écoulement du liquide amniotique provoque d'une manière presque certaine le développement de contractions utérines expulsives et la mort du fœtus. Cette pratique toutefois est dangereuse et il ne convient de l'utiliser dans l'avortement provoqué légitime qu'après dilatation artificielle du col.

Dans les comptes rendus de la Société obstétricale de Londres, l'auteur a décrit un procédé personnel nouveau d'interruption de la grossesse. Il se sert d'un petit ballon de caoutchouc, fixé à l'extrémité d'un mandrin, qu'il introduit dans le col utérin au-dessous de l'orifice interne. On remplit l'appareil d'une solution aseptique ou antiseptique. La fausse couche s'ensuit toujours si le ballon ne se rompt pas, ce qui malheureusement est quelquefois difficile à empêcher.

Après avoir exposé les différentes méthodes d'avortement provoqué, M. Peter Horrocks étudie les fausses couches spontanées et passe successivement en revue les multiples conditions susceptibles de les déterminer.

Causes générales.—Tout ce qui trouble l'adhérence du fœtus à la mère peut causer l'avortement. Le surmenage, le travail pénible, l'action de sauter, de courir, la toux, les vomissements, les efforts pour aller à la garde-robe, rentrent dans cette catégorie, non seulement en séparant les placentas maternel et fœtal, mais encore en faisant naître une hémorrhagie directe.

Les émotions morales ont le même effet que les secousses physiques. La peur, les shocks nerveux, sont des causes bien connues de fausse couche. Une femme, par exemple, apprend subitement une mauvaise nouvelle ou bien elle éprouve une peur intense, son système musculaire se contracte, la pression abdominale présente un accroissement rapide d'où résulte une rupture des membranes ou une séparation du placenta et du muscle utérin. Certaines opérations déterminent un shock analogue, telle, en particulier, l'extraction dentaire pour laquelle la dépense nerveuse du patient est assez considérable.

Causes fœtales. — La syphilis est la plus palpable et probablement la plus commune des causes fœtales. Elle entraîne des fausses couches répétées chez la même femme. La plupart des médecins conseillent aux malades atteints de cette diathèse de ne pas se marier avant 2 ans (1) mais cette limite est arbitraire ou tout au moins irrégulière, tantôt trop éloignée, tantôt surtout trop rapprochée, variable suivant l'intensité de l'infection spécifique et la régularité du traitement. La syphilis provoque l'avortement en déterminant une dégénérescence et des hémorrhagies intra-placentaires. La plupart des maladies du placenta (dégénérescences graisseuses, hémorrhagies diverses) causent d'ailleurs l'expulsion prématurée du fœtus.

Il en est de même des affections de l'œuf ou du cordon, excès ou défaut de liquide amniotique, longueur trop grande ou trop courte du cordon qui, dans le premier cas, se coude, s'enroule autour du fœtus gênant ainsi la circulation funiculaire, et, dans le second, tire et arrache le placenta. Enfin, le fœtus peut mourir soit d'une malformation, soit d'une lésion pathologique de ses organes, néphrite, hépatite, etc.

Causes maternelles. — Les petits fibromes du muscle utérin ou les grands-fibromes sous-péritonéaux peuvent laisser la grossesse suivre son cours, mais, en règle générale, tout fibrome assez volumineux, atteignant les dimensions d'une noix de coco par exemple, inséré dans les parois de la matrice, cause habituellement l'avortement vers le 3 ou 4e mois de la gestation. Les néoplasmes malins du col et du corps agissent de même.

L'endométrite chronique joue un rôle important dans la production des fausses couches à répétition en particulier. D'ailleurs la métrite, de même que les tumeurs fibreuses et les cancers empêchent la fécondation des ovules et sont un obstacle à la grossesse.

Les déviations utérines méritent d'être signalées dans l'étiologie des avortements. Le pro-

(1) Les syphiligraphes français ne permettent guère le mariage avant 4 à 5 ans, au minimum.

lapsus de la matrice n'est pas aussi nocif et il laisse volontiers évoluer la gestation. Les traumatismes locaux, chocs, pressions abdominales, blessures pénétrantes provoquant parfois les contractions utérines ou la séparation des deux placentas peuvent causer l'expulsion fœtale précoce. Le placenta prævia, duquel si souvent relève l'accouchement prématuré, ne trouble pas en général la grossesse avant le 6e mois et n'est habituellement pour rien dans les avortements.

La fièvre maternelle est susceptible de tuer le fœtus. Les maladies infectieuses de la mère, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, sont une source d'intoxication pour l'enfant et d'hémorragies du placenta. Les affections hépatiques, cardiaques, rénales ou pulmonaires ont une influence analogue. La privation de nourriture n'a aucune action sur la grossesse. Certaines femmes ont cru enrayer celle-ci en s'abstenant volontairement de manger. Le résultat n'a pas été ce qu'elles désiraient, l'enfant trouvant toujours dans le sang maternel assez de substances nutritives pour continuer à se développer.

Il est indiscutable, enfin, qu'un premier avortement prédispose à un second. De la même manière, les différents moyens utilisés pour prévenir la conception finissent à la longue par déterminer la stérilité. Quelques femmes ont, dit-on, l'habitude de faire des fausses couches, mais cette soi-disant habitude s'expliquera, généralement, par l'une des causes ci-dessus décrites, syphilis, endométrite et fibrome surtout.

Prophylaxie de l'avortement. — La prophylaxie de l'avortement se déduit de son étiologie. Pour éviter de désinsérer le placenta ou de rompre l'œuf, la femme devra, dès le début de la grossesse, cesser tout exercice violent, danse, équitation, jeux et sports, golf, tennis, bicyclette, coït excessif, chocs ou chutes, ascensions, marches excessives, stations debout prolongées.

Les émotions et les frayeurs seront évitées avec soin. On éloignera les chiens ou les animaux pouvant les causer. On annoncera les mauvaises nouvelles avec des ménagements appropriés.

Les opérations chirurgicales seront différées si possible. Cependant il ne faut pas hésiter à pratiquer une intervention nécessaire s'il y a inconvénient à attendre.

Les affections abdominales et pelviennes recevront des soins divers. Il est quelquefois possible de repousser hors du bassin une tumeur y siégeant ; on permet ainsi à la grossesse d'arriver à terme. Les néoplasmes des ovaires et les fibromes sous-péritonéaux peuvent être enlevés avec avantage. De même si l'accoucheur découvre une rétroversion ou une rétroflexion, il conviendra de la redresser en mettant la femme dans la position genu-pectorale et de la maintenir avec un pessaire que l'on enlèvera à la fin du 4e mois.

Le corset serré doit être proscrit et la constipation évitée; on ne la combattra pas, cependant, par les purgatifs dont les dangers, surtout ceux contenant de l'aloès, sont certains. On prescrira le moins possible certains médicaments, l'ergot, la digitale, la quinine, la térébenthine, etc. La cure mercurielle, si la syphilis est en cause, est de rigueur, il va sans dire.

Contre l'endométrite il y a bien peu de chose à faire lorsque la femme est enceinte. La thérapeutique n'aura quelque utilité qu'avant la grossesse.

Les maladies générales de la mère, infectieuses ou organiques, sont justiciables de leurs traitements habituels, sans modifications.

Traitement de l'avortement. — Il y a lieu de considérer trois conditions suivant que la fausse couche est : *a*) évitable, *b*) inévitable, ou *c*) incomplète. L'avortement s'annonce par des douleurs et l'apparition d'un écoulement aqueux, muqueux ou sanglant. Si l'orifice du col n'est pas ouvert ni entr'ouvert, si les douleurs sont éloignées et n'ont pas de caractère expulsif, ce qui s'appréciera en observant leur action sur le col et l'ouverture utérine, il est souvent possible d'éviter la fausse couche. La patiente sera maintenue au lit, ne se levant sous aucun prétexte, pas même pour ses mictions et ses défécations. On administrera, de plus, les calmants, l'opium, le viburnum prunifolium, etc.

Lorsque le doigt, appliqué sur l'orifice externe, perçoit les membranes, les conditions sont moins bonnes. Lorsque l'hémorragie est sérieuse et répétée, il faut toujours se demander si, en essayant de sauver l'enfant, on ne va pas mettre la mère en danger. Dans le doute, le mieux est de vider l'utérus.

La dilatation du col, la persistance et le caractère expulsif des douleurs indiquent que l'avortement est inévitable. Il convient alors soit de laisser faire la nature, soit de l'assister. La rupture des membranes est souvent suffisante en provoquant des contractions utérines qui arrêtent l'hémorrhagie et vident la matrice. Au cas où la situation de la femme ne serait pas satisfaisante, l'accoucheur n'hésiterait pas à faire un curage digital aseptique de l'organe de la gestation, sous le chloroforme. Dans les grossesses assez avancées (5 ou 6e mois) le fœtus doit être extrait, de préférence, par morceaux, pour éviter une dilatation excessive du col.

Tout avortement incomplet, enfin, sera achevé sous le chloroforme.

Les grossesses prolongées.

Dans l'*American journal of obstetrics*, Taussig, de Saint-Louis (Missouri), publie un travail sur les conditions susceptibles de prolonger la durée de la grossesse. Issmer a indiqué comme moyenne 278 jours pour les femmes vigoureuses et 276, soit 2 jours de moins, pour les femmes de faible constitution. La multiparité, du moins jusqu'à l'âge de 35 ou 36 ans, augmente la parturition, la seconde grossesse ayant 4 à 5 jours de plus que la première, la troisième plus que la seconde, et ainsi de suite. Le repos est le principal élément capable d'éloigner la date de l'accouchement. La fatigue, les occupations pénibles, ont évidemment un effet opposé. Il en est de même des explorations vaginales répétées. Les grossesses se prolongeant au delà de 10 mois ne sont pas rares. Taussig en cite 63 observations variant entre 300 et 348 jours. Ce dernier cas, dû à Puppe, est le plus long que l'on connaisse.

Fréquence comparative de la syphilis chez les circoncis et les non circoncis.

M. Hutchinson avait déjà noté (in *Polyclinic*,

sept. 1900) l'immunité relative de la race juive comparée aux chrétiens envers la syphilis. M. A Powell a, de nouveau, étudié ce point particulier de syphiligraphie sur la population indoue et mahométane des Indes anglaises. Etant médecin du personnel policier de Bombay, il a eu à soigner des Indous et des Mahométans dans une proportion de 3 contre 1, les forces de police étant ainsi composées dans ce pays. Or, il a observé 209 cas de chancre syphilitique chez les Indiens (circoncis) et 105 chez les mahométans (non circoncis) chiffre qui ne devrait s'élever qu'à 70 eu égard au nombre trois fois moindre des musulmans. Le question moralité n'entre pas en cause. L'auteur pense donc également que la circoncision constitue une excellente méthode de préservation contre la syphilis.

Un ancien remède secret contre la pierre dévoilé.

Guérir les calculs et les gravelles du rein ou de la vessie par un traitement purement médical n'est pas une chose à dédaigner. En tout cas, ce fut là un des problèmes favoris de la médecine du XVIII[e] siècle, en France et en Angleterre surtout. Bien des lithontriptiques secrets furent alors en honneur. Un des plus célèbres est le remède de Simpson Perry, chirurgien du Middlesex militia, qui mourut à Londres en 1823, comblé d'honneurs et de fortune. Pendant de longues années, son dissolvant spécifique pour la cure de la gravelle jouit d'une popularité extrême (1). Perry l'appliqua, dit-il, dans un ouvrage dont la 6[e] édition parut en 1787, chez de nombreux malades, parmi lesquels des notabilités, le duc de Norfolk, lord Sackville, etc. Il fit d'ailleurs avec son simple remède une colossale fortune et dut poursuivre souvent les contrefacteurs. Sa formule était cependant restée secrète ou tout au moins mal définie. Son petit-fils. M. Perry-Coste vient de la dévoiler dans une lettre qu'il adresse aux journaux de médecine.

« Il y a environ, 25 ans, dit-il, mon grand-père Simpson Perry, découvrait un lithontriptique dissolvant de la pierre. La formule de ce remède fut laissée à sa veuve comme un précieux secret de famille et passa de main en main à ses héritiers pour finalement me parvenir. J'en ai pris connaissance il y a 15 jours seulement. Sans préjuger de sa valeur (M. Perry-Coste n'est pas médecin) je crois utile de toute façon de la livrer à a publicité. Voici cette formule :

4 gallons d'eau de chaux forte et claire (2) ;
1.000 grammes de potasse purifiée (bicarbonate de K) (?)
1.000 grammes de nitrate de potasse ;
500 grammes de sels d'Epsom.
2 onces de laudanum.

Pour préparer le médicament, le bicarbonate, le nitrate de potasse et les sels d'Epsom sont dissous dans un peu d'eau et versés dans l'eau de chaux encore chaude. Quand la mixture est refroidie, on ajoute le laudanum et, après 24 heures, on met en bouteilles. On peut donner à la drogue l'apparence d'une vieille eau-de vie en ajoutant 4 onces de sucre brûlé. La dose n'est pas indiquée mais paraît être une cuillerée à bouche par jour, environ.

Tel est le traitement secret de Perry. Peut-être vaut-il ni moins ni plus que les lithontriptiques à la mode, la lithine ou la moderne urotropine. S'il n'a pas guéri les malades, il a toutefois fait la fortune de son auteur.

D[r] P. Lacroix.

(1) Il avait pour rival le remède de Mme Jeanne Stéphens. Ce dernier, dit le *Brit. medical journal*, fut acheté 100.000 francs par le parlement anglais !

(2) 1 gallon = 4 litres 543, 4 gallons fut donc un peu plus de 18 litres.

OCULISTIQUE

Note sur la Prophylaxie de la Myopie.

Par le docteur A. Trousseau,
Médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

La myopie fait beaucoup d'aveugles d'après mes statistiques : 224 cas sur 3.763 patients atteints de cécité binoculaire, 260 cas sur 2.200 frappés de cécité monoculaire. Ces chiffres sont fort élevés et dignes de fixer l'attention sur les mesures prophylactiques propres à empêcher l'éclosion de la myopie ou à en enrayer le développement progressif.

Je n'ai nullement l'intention de répéter ici ce qui a été dit sur cette vaste question si bien étudiée dans le livre de Fuchs, auquel on a même reproché de s'être trop étendu sur elle dans un mémoire qui avait pour but de rechercher « les causes et la prévention de la cécité » et traitée par moi dans mon livre sur l'*Hygiène de l'œil*.

Je me bornerai à mettre en relief les points saillants concernant sa prévention.

Si toutes les myopies étaient acquises, c'est-à-dire créées par les efforts que nécessite le travail de près, il serait relativement facile de les enrayer par une hygiène scolaire bien comprise, mais il ne faut pas oublier qu'il existe des myopies congénitales qui se développent, sans abus de l'accommodation et de la convergence chez les illettrés et aboutissent aux pires désastres. J'ai même été très frappé en dépouillant mes statistiques du grand nombre de campagnards, d'ouvriers manuels, devenus aveugles par suite d'accidents myopiques et principalement de décollements rétiniens.

Ceci donnerait raison à Magnus, qui écrit que ce ne sont pas seulement l'écriture et la lecture qui disposent les myopes au décollement, mais encore le travail corporel excessif engendrant une hypérémie veineuse, qui se produit dans tout effort.

La myopie congénitale ne pourrait être enrayée que par une sélection bien difficile à réaliser. Elle est due à l'hérédité dans la plupart des cas et ne disparaîtrait que si disparaissaient les unions entre myopes et même que si certains myopes se vouaient au célibat. Notre état social ne se prête pas à ces solutions rigoureuses, mais il n'est pas mauvais que le public soit averti de l'hérédité de la myopie, ne serait-ce que pour pousser les parents entachés de ce vice à surveiller de bonne heure les yeux de leurs enfants.

Existe-t-il une myopie acquise ? Presque tous les auteurs sont affirmatifs sur ce point et en attribuent la genèse aux efforts d'accommodation et de convergence. Bien nombreuses sont les statistiques qui montrent que l'enfant ne

naît pas myope et le devient surtout vers l'âge de dix ans, que la myopie progresse pendant la période scolaire et qu'elle est surtout marquée dans les classes élevées, et chez les sujets qui préparent les Ecoles dont l'accès nécessite un grand labeur et, d'une manière générale, chez les individus qui abusent du travail de près.

Il faut pourtant faire une réserve et tenir compte d'un facteur auquel on n'a pas accordé assez d'importance : l'influence de la croissance. La conformation de l'œil myope est héréditaire,mais l'hérédité ne s'accuse qu'au moment de la croissance, quand l'organisme prend l'empreinte qu'il aura définitivement. L'œil s'allonge pendant la vie scolaire, d'autres organes ne se développent-ils pas parallèlement pendant la même période qui ne sont pas soumis au même travail !

Quoi qu'il en soit de ces réserves, il semble que l'hygiène de l'écolier ait au point de vue oculaire une grande importance, même si on devait la considérer comme surtout efficace contre les accidents de la myopie plutôt que contre le développement de la myopie.

En passant,je tiens à signaler un point laissé un peu de côté, à savoir l'influence de l'état général sur la myopie et sur l'intolérance de la myopie et la nécessité de surveiller les yeux des enfants après les maladies dont ils ont été atteints, spécialement les fièvres éruptives souvent prétextes à l'éclosion ou au développement de la myopie.

Je ne répèterai pas ici tout ce qui concerne l'utilité d'une rationnelle construction scolaire, d'un bon éclairage des bâtiments d'école qui doivent être orientés à l'est ou au nord-est ou au sud-est, être entourés de cours spacieuses ou situés sur de larges artères, être éclairés à la lumière électrique réfléchie par des plafonds blancs. Je n'insisterai pas sur la nécessité d'un mobilier scolaire approprié à la taille de l'enfant, de livres bien lisibles, de méthodes particulières d'écriture, de la limitation des heures de classe et d'études, de récréations et de vacances suffisantes, de n'admettre à l'Ecole que des enfants ayant dépassé 6 à 7 ans, etc. Tous ces points sont fort bien étudiés dans les traités d'hygiène oculaire.

J'aime mieux rappeler le rôle dévolu à l'oculiste qui doit instruire les parents des enfants myopes et les myopes adultes qui le consultent des inconvénients et des dangers de la myopie, des causes qui peuvent l'aggraver, des conditions d'hygiène spéciale que doit observer le myope non seulement à l'école, mais dans la famille et pendant toute la vie de travailleur. Il doit lutter contre ce préjugé qui consiste à déclarer que l'œil myope est le meilleur et imposer le port des verres correcteurs malgré les répugnances qui lui sont manifestées. Il doit indiquer quelles sont les professions permises et interdites et s'informer quand il s'agit d'enfants, de celles qui doivent être embrassées.

Presque tous les ophtalmologistes insistent sur la nécessité de l'Inspection des Ecoles et des Collèges deux fois par an par un oculiste. J'y ajouterai l'utilité de la remise aux parents d'une fiche visuelle indiquant l'état des yeux de l'enfant, le numéro des verres qu'il doit porter ; voire même des conseils sur l'hygiène qu'il doit observer. Cette mesure est, du reste, adoptée depuis longtemps au Japon !!

Les médecins spécialistes ne peuvent se rendre dans certaines écoles éloignées des grands centres. Pour combler cette lacune, Leprince a fait construire une échelle optométrique scolaire que les instituteurs doivent faire lire aux élèves et qui a été employée cette année par tous les instituteurs du département du Cher.

Dans un but analogue, Dianoux a fait adopter dans certains collèges, où il a crédit, une revue des élèves par les professeurs à la rentrée des classes et avant Pâques, revue pendant laquelle les élèves sont placés en face de lettres découpées dans un en tête de journal qui doivent être lues à une distance déterminée.

Le concours de tous les éducateurs, dûment instruits par des avis spéciaux, doit être réclamé pour la surveillance de la vision et des attitudes de leurs élèves.

NOTES D'HYGIÈNE

Secouage des tapis aux fenêtres.

Après le balayage à sec des escaliers des habitations ouvrières, alors que du cinquième dégringole sur la tête et les épaules les balayures épaisses et diverses, je ne sais rien de plus dégoûtant que le secouage des tapis et descentes de lit par les fenêtres.

On peut faire l'éducation hygiénique des concierges pour peu que le médecin ou le propriétaire s'en mêlent et on obtient le lavage des escaliers et l'essuyage avec le torchon mouillé. — mais allez donc faire l'éducation hygiénique des bonnes et des locataires de chaque maison des rues !

Il y a, il est vrai, des règlements de police municipale, mais combien il est difficile de les faire observer ! — quelle sanction à ces délits, plus sérieux qu'on ne pense ? — combien de procès-verbaux sont-ils dressés ? — Il y en a peu parce qu'il y en aurait trop.

D'ailleurs, ces règlements de police sont insuffisants et la *défense* après dix heures du matin est à une heure trop tardive — sans compter qu'il est permis ou toléré de secouer à peu près tout ce que l'on veut, aux heures règlementaires.

Pourtant, nous l'avons déjà dit : à propos d'hygiène, il faut des règlements nets et précis, une application stricte de ces règlements, — une sanction inflexible aux contraventions relevées, sinon il n'y a rien de fait, et ces règlements ne servent qu'à satisfaire les fantaisies ou les rancunes des agents chargés de les faire exécuter.

On verbalisera aujourd'hui, — on ne verbalisera pas demain. On fermera l'œil ici, — on l'ouvrira là.

On donnera ainsi aux mesures d'hygiène l'allure de tracasseries qu'elles n'auraient point si elles étaient uniformes et rigoureusement appliquées à tous.

Les sanctions sont nécessaires, indispensables même,quoiqu'on en dise ; car si l'éducation hygiénique porte ses fruits chez beaucoup de citoyens, il en est d'autres, dont il faut vaincre la mollesse, l'indifférence ou le scepticisme par des arguments matériels.

Pour en revenir à nos *moutons*, c'est-à-dire au secouage des tapis par les fenêtres, il n'est que trop facile d'en faire comprendre les inconvénients au point de vue de l'hygiène publique.

Imaginez ce qui tombe des tapis et descentes de lit d'une chambre habitée par des locataires *non malades* : poussières, plumes, cheveux, poils, laines, fils, *moutons* des bons coins, insectes, allumettes, résidus organiques des ongles et des orteils, etc., etc.

Imaginez alors ce qui tombe lorsqu'il s'agit de chambres de *malades* : toute l'énumération plus haut, puis les produits desséchés d'excrétions, de desquamation, quelquefois de pansements, avec la circonstance aggravante que des contagions diverses s'en suivent.

Je ne puis songer à ces poussières sans frissonner de dégoût, et le claquement d'un tapis au-dessus de ma tête, pendant une tournée matinale, me fait fuir au milieu de la chaussée, en secouant mon paletot avec répugnance, en renversant et tapotant mon chapeau, en préférant cent fois le danger des auto et des tramways électriques à celui-là.

Bien mieux, on en mange. Tous les produits de la devanture des épiciers, de l'état des boucheries, en sont couverts sans qu'il y paraisse. — Les tables des limonadiers et l'étalage des merciers en ont aussi leur part.

Que les médecins qui ont une voiture ; que les placiers et les commerçants dont le coupé s'arrête le long du trottoir élèvent la voix pour me contredire, lorsque j'avancerai que les bonnes choisissent et attendent même le moment où la voiture est arrêtée sous leurs fenêtres, pour secouer leurs tapis sur l'équipage et faire... crier le cocher ; quelle bonne farce !.... Farce macabre qu'il faut empêcher comme on doit empêcher toutes les farces et brimades dangereuses et brutales.

A part le côté bonne ou mauvaise farce, il y a l'habitude générale prise de contrevenir plus ou moins aux mesures de police, qu'il faut faire perdre au plus vite et à tout prix — à n'importe qui.

D[r] COURGEY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine aux colonies *(Fin)*

III. — *La solution.*

Les attributions respectives des médecins militaires et des médecins civils sont nettement délimitées en France et peuvent se résumer ainsi : *Les médecins militaires soignent tout le personnel militaire ; les médecins civils soignent tout le reste.*

Il n'a jamais pu être question de laisser faire, aux médecins militaires, de la clientèle civile, c'est-à-dire payante.

Sans compter que la chose serait en contradiction flagrante avec nos mœurs, et particulièrement avec les idées que nous avons sur la *qualité d'officier*, tous nos ministres de la guerre ont constamment et formellement défendu à leurs médecins de se livrer à la clientèle civile.

La dernière circulaire de la Guerre touchant cette délicate question en réponse au président des syndicats des médecins de France est du 30 mars 1893, on peut y lire ce passage de fière allure, qui fixe d'une manière bien nette les idées du commandement sur la matière :

« *La pratique civile de la clientèle n'est compatible avec la situation des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée que si elle est désintéressée et gratuite, le médecin militaire devant se borner en principe à donner son concours à ses confrères civils sans jamais leur faire une concurrence indigne de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la médecine d'armée.* »

Voilà pour le principe. Quant à la pratique, tout le monde sait bien que les médecins de l'armée, absorbés d'ailleurs par leurs devoirs militaires multiples, ne se livrent pas à la clientèle civile.

Naturellement, dans nos colonies, il n'en est pas de même.

Contraste frappant, — comme pour faire pièce au ministre de la guerre, — deux mois après l'énergique circulaire de la guerre (de mars), à la date du 1[er] juin 1893, le sous-secrétaire d'Etat aux colonies rédigeait, pour ses *médecins coloniaux*, qu'il disait pourtant être *officiers*, une circulaire (1) dans laquelle il les poussait à la clientèle civile payante.

Entre autres choses, il leur rappelait que, sujets respectueux de l'autorité civile, ils devaient au préalable déposer leur diplôme à la Direction de l'intérieur (équivalente à la préfecture en France, et au greffe du tribunal civil, enfin payer patente. Il est juste d'ajouter qu'il leur recommandait de ne pas écorcher leurs clients. Comme tous les médecins diplômés qui ont déposé leur diplôme et payent patente, jusqu'à présent les médecins coloniaux, complètement couverts et même encouragés par leur ministre, peuvent mettre une enseigne et faire de la réclame dans les journaux et même sur les édifices publics, choses ne cadrant que très imparfaitement avec la qualité d'officier.

Inutile d'insister sur le côté plaisant de la circulaire ; de *prétendus officiers invités à ne pas trop charger leurs notes d'honoraires* ; mais il est bien évident que sous le régime d'une pareille circulaire, toute espèce de médecine civile libre est de fait impossible aux colonies en face d'une concurrence officielle si soigneusement organisée.

C'est là qu'est l'abus et c'est précisément parce que les revendications du D[r] Vié ne font pas allusion à cette étonnante circulaire, qui organise en faveur des médecins militaires la clientèle civile payante que, — comme je le disais au début de cette étude, — je les trouve trop timides.

Au fond, la réclamation de notre confrère ne touche qu'à un petit côté de la question et sa satisfaction n'aurait qu'un très mince résultat comme il est facile de s'en rendre compte.

Un décret du 20 octobre 1896 avait établi qu'en dehors de ses médecins coloniaux, l'administration des colonies pouvait employer des médecins civils libres dans ses services locaux, notamment dans ses établissements pénitentiaires. Un autre décret du 4 décembre 1898 a supprimé cette disposition. C'est contre ce second décret restrictif que proteste le D[r] Vié, qui demande

(1) Cette circulaire est intégralement reproduite dans les *Archives de médecine navale*, n° de novembre 1893, page 399.

simplement la remise en vigueur du décret de 1896.

La requête de notre confrère, juste en principe, mais ainsi restreinte, ne paraît pas, je le répète, — si on lui donne satisfaction, — devoir entraîner de bien grandes améliorations ni provoquer, par la perspective d'être *médecins des bagnes* par exemple, un sérieux exode de nos jeunes confrères vers nos possessions d'Outre-Mer.

Non, pour que les jeunes médecins de la métropole soient incités à aller s'établir dans nos colonies, et surtout pour que ceux qui en ont eu le courage ne le regrettent pas, il est indispensable en premier lieu d'établir que, sur notre territoire colonial, comme sur notre territoire continental, ils n'auront à subir que la concurrence loyale entre médecins civils et qu'ils n'y seront plus exposés à être écrasés par une concurrence officielle formidable, dont les champions sont d'autant plus redoutables dans la lutte qu'ils y portent la quiétude la plus absolue, sentant leurs derrières largement assurés par de grosses soldes fixes payées par l'Etat.

Il est donc absolument nécessaire, pour arriver à un résultat sérieux, de prendre de plus haut et dans son ensemble la question qui intéresse les médecins civils aux colonies et qui provoque les inquiétudes du Dr Vié.

Tant que la circulaire du 1er juin 1893 restait en vigueur, il n'y avait absolument rien à faire aux colonies pour les médecins civils libres, si ce n'est que de remettre en action la vieille fable de la lutte du pot de terre contre le pot de fer, les circulaires ministérielles y tenant lieu de tout, même de nos lois françaises qui, d'ailleurs, pour être efficaces dans nos possessions d'Outre-Mer, ont besoin d'y être *spécialement* promulguées, fait naturellement ignoré du bon public français.

Mais, heureusement pour l'avenir des médecins civils aux colonies, il y a dix-huit mois, la loi sur l'armée coloniale a été votée et promulguée, et c'est précisément dans cette loi strictement appliquée que se trouve la solution logique et radicale de la question particulièrement irritante de la médecine aux Colonies. — Je n'ai pas à en discuter ici les dispositions plus ou moins heureuses. La loi est, tout le monde doit s'incliner et la respecter. Or, cette loi enlève au ministère civil des colonies tous ses médecins coloniaux et les verse en bloc dans l'armée coloniale, qui est en tout et pour tout sous l'autorité du ministre de la guerre au même titre que tous les autres corps constituant l'armée métropolitaine.

De cette disposition découlent deux conséquences indéniables et claires comme le jour :

1° *Les médecins coloniaux dépendent exclusivement du Ministre de la guerre.*

2° *L'administration coloniale n'a plus de médecins lui appartenant pour assurer ses multiples services médicaux* et est obligée, en attendant mieux de faire actuellement appel à d'autres départements.

Je sais bien que les apparences du moment sont loin de cadrer avec les prescriptions formelles de la loi ; c'est ainsi qu'après dix-huit mois de mise en vigueur de la loi, ce sont encore des médecins de marine qui assurent le service médical dans toutes les troupes de l'armée coloniale et que, d'autre part, l'Etat-major du corps de santé de l'armée coloniale, indécis encore, malgré les textes, sur le ministère auquel il doit et surtout veut appartenir, louvoie entre la rue Saint-Dominique et le pavillon de Flore, où il est pour le moment campé ; mais enfin, malgré les retards et peut-être malgré certaines intrigues intéressées, il arrivera un moment où le jour se fera dans le chaos actuel et où sera appliquée en plein la loi sur l'armée coloniale avec toutes ses conséquences, dont j'ai relevé les deux plus importantes comme susceptibles d'avoir une répercussion directe sur la carrière et l'avenir des médecins civils aux colonies.

Les médecins de l'armée coloniale étant, au même titre que les médecins de l'armée métropolitaine, sous l'autorité du ministre de la guerre, ce serait faire à ce dernier une injure que de lui supposer un seul instant l'intention d'établir spécialement pour les médecins des troupes coloniales, une discipline inférieure, relâchée, c'est-à-dire d'exportation.

Pour ces derniers comme pour les camarades de l'armée métropolitaine, il n'y aura pas titillation à la clientèle civile, mais défense formelle de s'y livrer.

De ce fait, sera radicalement supprimé le principal obstacle au développement légitime et bienfaisant pour tous de la médecine civile véritablement libre dans nos colonies.

D'autre part, le ministre des colonies, démuni de ses médecins spéciaux coloniaux et forcé de vivre d'emprunts, se rendra bientôt compte qu'il est préférable, au point de vue du bien du service, de faire appel pour assurer ses services, qui sont tous d'ordre civil, aux médecins civils déjà sur place et qui tous offrent les mêmes garanties que les médecins non militaires de la métropole, exclusivement chargés de tous les services non militaires.

Il est à espérer qu'une fois en possession de leurs légitimes attributions, les médecins civils des colonies, non grisés par le succès et malgré leur ardeur printanière, se garderont bien de passer de leur ancienne défensive à une offensive déplacée en voulant se mêler en rien au service de santé des troupes. C'est alors qu'il sera possible pour le grand bien de la discipline et des intérêts du trésor d'appliquer aux colonies cette merveilleuse loi du 7 juillet 1877 sur l'hospitalisation des soldats, — dont tout le monde est satisfait en France et contre laquelle il a été jusqu'à présent impossible d'élever la moindre critique.

Dans les hôpitaux coloniaux relevant du ministre des colonies et dont le service général sera assuré naturellement, comme en France, par des médecins d'ordre civil (comme le ministère des colonies lui-même) seront réservées des *salles militaires*, qui seront desservies par des médecins militaires sous l'autorité du commandement.

Il serait fastidieux d'énumérer les avantages qui résulteraient de l'ensemble des mesures précédentes ; mais comme jusqu'à présent, je ne me suis exclusivement occupé que du médecin, je crois qu'il n'est pas déplacé de dire un mot d'un autre élément qui n'est pas moins digne d'intérêt, c'est le malade, le client.

Dans nos colonies, il y a avant tout des fonctionnaires, même beaucoup de fonctionnaires Au point de vue des soins médicaux qu'ils sont sus-

ceptibles derecevoir étanteux-même de passage, peu leur importe que les médecins soient aussi de passage; mais quoiqu'on en dise, il y a aussi des éléments réellementfixes, ce sont les colons; on y trouve même encore de vieilles familles créoles particulièrement intéressantes. Depuis 1890, les médecins auxquels ils pouvaient avoir recours représentaient pour eux de brillantes étoiles filantes, qui ne restaient jamais plus de deux ans dans la colonie. Autant que nos bons bourgeois de France, tous ces excellents et vrais colons seraienttrès heureux de donner leur confiance à des médecins plus stables comme le seraient des médecins civils réellement établis dans la colonie c'est-à-dire représentant eux-mêmes de vrais colons. Cette considération n'est pas à négliger en faveur de la solution que je préconise pour le fonctionnement régulier et normal de la médecine aux colonies.

En résumé, à l'encontre de cet étrange axiome émis en l'air et sans réflexion par un parlementaire aussi inconséquent que remuant : « *Aux colonies le rôle du corps de santé doit être à la fois civil et militaire* », il est bon qu'aux colonies comme en France, des médecins militaires soignent les militaires et que des médecins civils soignent tous ce qui n'est pas militaire. Pour faire triompher aux colonies ce principe si simple et si conforme au bon sens, il suffira d'y appliquer d'une manière intégrale la loi sur l'armée coloniale. Dr Y.

Les soins gratuits aux ouvriers des arsenaux maritimes et à leur famille.

Monsieur le Directeur,

Après le rejet par la commission de l'armée (sur les instances, je crois, du *Concours médical*) du projet de M. Le Hérissé tendant à accorder les soins médicaux gratuits aux officiers de réserve, puis de territoriale, nous pouvions croire que les pouvoirs publics nous laisseraient enfin exercer notre honorable, mais pénible profession; mais voici que la question des soins médicaux gratuits se renouvelle pour un personnel qui n'y a nullement droit et cela au grand détriment d'une catégorie de nos confrères.

J'ai lu dans le *Petit Parisien* (1) du 11 janvier dernier que M. le Dr Rouvier, directeur du service de santé de la marine à Toulon, avait transmis à la fin de l'année 1901 un travail très documenté sur l'assistance médicale des ouvriers des arsenaux de la marine.

Parmi d'autres mesures qui ne nous concernent pas, j'ai vu avec surprise qu'il était proposé : « l'établissement de consultations gratuites pour les familles des ouvriers des arsenaux maritimes. » C'est cette disposition qui nous intéresse surtout.

M. le Dr Rouvier, dont je connais les sentiments de justice et de confraternité, n'a pas songé un instant au tort énorme qu'il ferait à ses confrères civils des ports si une telle mesure était appliquée ; car certainement il y aurait renoncé de lui-même.

Les ouvriers des ports au 31 mai 1901 étaient au nombre de :

4759, à Cherbourg ; 6712, à Brest ; 4956, à Lorient; 3169, à Rochefort, 8332 à Toulon.

(1) Page 2, 4e colonne. — Nouvelles maritimes. (Arsenaux des ports).

Les trois quarts sont mariés, ont femme et enfants : au moins un, généralement deux, souvent trois ou quatre (on sait combien sont prolifiques les populations de nos côtes). Supposons-les tous mariés et, pour ne pas fausser les résultats, ne leur accordons que deux enfants ; ils constituent donc (femmes et enfants compris):

La moitié de la population à Cherbourg (qui a 42,640 habitants).

Le tiers de la population à Brest (qui a 84,286 habitants).

La moitié de la population à Lorient (qui a 44,640 habitants).

Le tiers de la population à Rochefort (qui a 31,559 habitants).

Le tiers de la population à Toulon (qui a 101,602 habitants).

(Tous ces documents sur la population des ports sont extraits du *Journal officiel* du 8 janvier 1902 — rapport du Ministre de l'Intérieur sur le dénombrement de la population au Président de la République française).

Mais le mot famille est très élastique ; il comprend souvent les père, mère, frères et sœurs etc., qui vivent dans le même local que l'ouvrier et qui sont ou ne sont pas à sa charge, de sorte que les chiffres cités plus hauts sont au-dessous de la réalité, d'autant plus que, dans ce cas, la fraude est facile dans une population nombreuse, et le contrôle impossible ; on l'a souvent vu dans les sociétés de secours mutuels.

Les ouvriers sont civils et électeurs ; on a bien parlé de les militariser pour des raisons de sécurité nationale, mais cette mesure n'est pas encore prise. Pourquoi accorder aux familles des ouvriers civils une faveur que l'on n'accorde pas aux familles des marins militaires (1)? celles-ci auraient le droit de réclamer à leur tour ; on ne fermerait certainement pas la porte de l'ambulance de l'arsenal quand elles se présenteraient à la consultation.

Après les familles des simples marins viendraient les familles des sous-officiers, puis les familles des officiers et assimilés ; il est si aisé, en se rendant à son service le matin, d'accompagner un membre de sa famille qui aurait besoin d'une consultation ; le malade pourra revenir seul ou accompagné d'un gardien de bureau ou d'un matelot. L'amour-propre qui souvent empêche les gens de se présenter au bureau de bienfaisance, n'existe pas ici, puisque ce ne serait pas une consultation d'indigents.

Les chiffres précédents seraient donc majorés.

Après les consultations viendront les visites à domicile, il est si facile de prier le médecin de venir voir un malade qui ne peut se déranger pour venir à la consultation ; il n'a qu'à s'y rendre en passant, après son service, cela ne le dérangera pas beaucoup ; et ce qui sera d'abord une complaisance se transformera bientôt en une obligation, une affaire de service militaire.

Et les visites de nuit ! croit-on que les gens se gêneront pour déranger le médecin, quand cela ne leur coûtera plus 5 fr. ou 10 fr. ?

Et l'hospitalisation ? Pourquoi ne pas ouvrir les portes de l'hôpital maritime aux femmes et

(1) Dans la marine de guerre, les médecins ne soignent pas les familles des marins ; la chose a été reconnue impossible vu la difficulté, à cause du nombre, d'assurer ce service.

aux enfants des ouvriers que l'exiguïté de leur logement empêcherait de se traiter chez eux ?

Et les accouchements ! et les hospitalisations aux stations minérales !... que sais-je ? Quand on est sur une pente fatale, il est bien difficile de s'arrêter ; il n'y a pas plus de raison pour la première mesure que pour les autres.

Il est évident que le médecin de l'arsenal, qui est déjà chargé du service médical des ouvriers sera chargé des consultations gratuites.... en attendant les autres services.

Le service de l'arsenal est actuellement très chargé et dure toute la matinée ; il est dirigé par un médecin principal qui a sous ses ordres un médecin de 1re classe ; ce dernier est occupé pendant le reste de la journée à visiter en voiture les ouvriers, dont la maladie et l'absence ont besoin d'être justifiés (sur la demande des autorités compétentes) ; il passe la visite des ouvriers qui ont demandé des secours médicaux, mais assez rarement, car la demande du médecin a dû être faite à l'autorité compétente et celui-ci ne peut se rendre que le lendemain ; aussi les ouvriers préfèrent-ils avoir de suite les soins d'un médecin civil, qui n'a pas besoin, pour venir, de formalités administratives.

En outre, un médecin est de garde dans la journée dans l'arsenal, et la nuit, dans certains ports (Toulon par exemple), un des médecins des bâtiments en réparation couche dans l'Arsenal pour parer à toute éventualité (1).

Comment trouvera-t-on le temps, au milieu de ces multiples services, d'organiser des consultations gratuites ?

Je ne reviendrai pas sur l'inaptitude en général (sauf exception) des médecins militaires, tant de l'armée que de la marine, à soigner des femmes et des enfants, tant qu'ils sont au service ; cette question a déjà été traitée l'année dernière dans le *Concours médical* par un de nos confrères. Pour assurer ce service, tant des consultations que bientôt des visites à domicile, il faudra doubler le personnel, et à la moindre alerte politique, à la moindre expédition coloniale à laquelle la marine devra prendre part, ce service sera désorganisé par suite de la nécessité d'affecter aux bâtiments à armer un plus grand nombre de médecins.

Pour savoir combien l'ambulance du port donnerait de consultations distinctes par jour, dans chaque arsenal, aux familles d'ouvriers seuls (sans compter celles des marins), nous ne possédons aucun document précis ; mais on peut consulter les registres des sociétés de secours mutuels des ports qui paient leurs médecins à la visite. J'ai trouvé (grâce aux renseignements que j'ai pu me procurer auprès des médecins compétents) que chez l'une d'elles, comptant un millier de membres (en hommes ayant droit aux soins du médecin pour toute leur famille), soit pour quatre mille individus (d'après les calculs faits plus haut), il y avait eu dans l'année quatre mille (4.000) consultations ou visites. En supposant que les visites et les consultations s'équilibrent, ce qui ne serait pas tout à fait exact au début, puisque les consultations seront gratuites (les visites ne l'étant pas encore) et par suite plus nombreuses, cela fait deux mille consultations par mille familles d'ouvriers ; pour un grand port comme Toulon où il y a 8000 (huit mille) ouvriers, cela fait seize mille consultations, et à 300 journées de travail par an (les arsenaux étant fermés pendant les dimanches et jours de fête) cinquante à soixante consultations par jour, et deux heures de travail au moins pour un médecin seul sans compter les pansements.

Je ne parle pas des familles de marins qui viendront augmenter bientôt le nombre des consultants.

Si la Marine se charge de faire visiter les familles d'ouvriers à domicile (ce qui arriverait fatalement un jour ou l'autre) ce sera encore pis ; il faudra augmenter le personnel et les frais de voiture, puisque les visites seront plus nombreuses qu'aujourd'hui.

Nous voyons donc que les soins médicaux des familles d'ouvriers des arsenaux, tels que le demande M. le Directeur du Service de santé de la marine à Toulon, sont absolument inapplicables ; cette mesure, possible à la rigueur en temps de paix, deviendrait très difficile en cas de guerre à laquelle la marine se trouverait mêlée ; elle exigerait une augmentation de cadres et des dépenses nouvelles dont nous autres, contribuables, nous paierions les frais. Elle donnerait naissance à mille abus et dégénérerait bientôt pour les médecins militaires en véritable clientèle civile (visites de jour, visites de nuit, accouchements, etc...) alors que celle-ci est formellement interdite à cette catégorie de médecins. Elle affecterait à un service particulier des médecins qui ne sont pas entrés dans la marine dans ce but et que leurs travaux et leurs occupations habituelles éloignent de ces objets, tout en leur créant force ennuis. Enfin, elle ferait un tort considérable aux deux cents médecins civils qui pratiquent dans les ports de guerre, en leur enlevant une partie de leurs ressources alors que la carrière est déjà si encombrée.

Un médecin des ports.

(1) Remplacé quand il n'y a pas de personnel par un maître infirmier.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
d'Intérêt professionnel.

Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris.

Dans la séance du 14 octobre, M. le Dr Mangenot, président, parlait en ces termes, à ses collègues, du *Concours médical* et de ses œuvres :

J'ai l'honneur d'offrir au Conseil général, au nom du *Concours médical*, deux études du plus haut intérêt. L'une est un rapport du Dr Gouffier, de Neuilly, intitulé : « L'encombrement de la profession médicale : causes, résultats, remèdes ». Le travail, très bien documenté, traite magistralement les questions à l'ordre du jour. Le second, plus modeste, mais d'un intérêt plus immédiat, s'occupe du « Préjudice judiciaire en matière d'honoraires. » Son auteur, le Dr Leriche, de Joigny, démontre, avec des exemples à l'appui, l'incompétence des tribunaux en matière de fixation d'honoraires et demande que toutes ces questions soient soumises à des experts professionnels. Vous n'ignorez pas que la société du Concours Médical, dont je m'honore

d'être un des premiers adhérents, a été créée il y a une vingtaine d'années pour défendre les intérêts de ce qu'on pourrait appeler le prolétariat ou, si vous aimez mieux, du tiers état médical.

Critiquée par plusieurs, attaquée même par quelques-uns dans ses premières années, grâce à la lutte incessante de quelques dévoués confrères, soutenue par son journal dirigé par le Dr Cézilly, elle a aujourd'hui la satisfaction de voir triompher ses idées et adopter ses créations, telles que la Caisse des retraites et l'Indemnité de maladie, par la puissante Association générale des Médecins de France.

Le « Sou Médical » a été créé il y a trois ans pour fournir un appui moral et financier aux membres dont les droits ou les intérêts se trouvent lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession. Cette ligue, ainsi que les autres œuvres du Concours Médical, sont encore peu connues ; il vous appartient, dans l'intérêt de tous et de chacun, d'en exposer les avantages dans chacune des Sociétés médicales dont vous êtes les représentants autorisés.

Le 13 janvier 1902, notre excellent confrère, quittant le fauteuil de la présidence, a bien voulu encore une fois rappeler nos efforts, en regrettant que le Corps médical parisien, qui devrait être le plus éclairé sur les questions d'intérêt professionnel, se montre le plus indifférent. En le remerciant chaleureusement de son infatigable propagande, nous tenons à reproduire l'allocution d'adieu du président sortant :

« Il faut avoir fait partie des conseils d'administration de la Société centrale et de l'Association des médecins de la Seine, pour avoir une idée des misères qu'elles sont appelées à soulager. Ce ne sont pas seulement des familles de petits médecins de quartier qui implorent leur assistance, ce sont aussi des familles de médecins des hôpitaux, voire même de professeurs dont la situation du vivant de leur chef était ou semblait être des plus brillantes. Aucun de nous, quelle que soit sa situation actuelle, n'est à l'abri des revers de fortune, des surprises de la maladie et de la mort ; aussi est-ce un devoir impérieux pour tous de s'efforcer d'en amoindrir les funestes conséquences pour eux-mêmes et pour ceux qui leurs sont chers.

Il semble que le médecin qui, dans l'exercice de sa profession, est souvent à même de constater les désastres que causent la maladie et la mort d'un père de famille, doit être l'homme le plus prévoyant et cependant personne ne l'est moins que lui.

Tandis qu'il existe et qu'il se crée tous les jours des sociétés de secours mutuels qui comptent des millions d'adhérents, ceux des sociétés médicales similaires se chiffrent par centaines.

La plus avantageuse de toutes, l'Association médicale mutuelle du département de la Seine n'a que 500 participants sur 3.000 médecins exerçant dans ce département. L'Association amicale des médecins français n'en a que 800 dont 20 à Paris sur 17.000 médecins, soit seulement le vingtième. Enfin la Caisse des retraites ne compte encore que 350 adhérents dont 20 à Paris. Voilà où nous en sommes et cependant ces sociétés existent depuis bientôt 20 ans. Pourquoi ?

Les uns se retranchent derrière leur fortune qui, disent-ils, les met eux et leur famille à l'abri de toute éventualité.

Qu'en savent-ils ? Et en l'admettant, est-ce que la bonne confraternité et la solidarité professionnelle ne leur font pas un devoir d'apporter leur souscription, afin de diminuer celle de leurs confrères moins fortunés ?

D'autres, la grande majorité, pourvus d'une bonne santé, d'une certaine aisance ou d'une clientèle plus ou moins rémunératrice, se contentent de jouir du présent, le croyant éternel ; ou, s'ils songent à l'avenir, ils remettent de jour en jour l'exécution de la résolution qu'ils ont prise de l'assurer. Ceux-là, je n'hésite pas à le dire, sont coupables, sans admission possible de circonstances atténuantes.

D'autres enfin, les seuls excusables, vivant au jour le jour des produits d'une maigre clientèle ou ayant des charges de famille, sont dans l'impossibilité de prélever annuellement sur leur modeste budget les 3 ou 400 francs nécessaires pour s'assurer contre la maladie et la vieillesse.

Il faut que cette incapacité disparaisse, et il est de notre devoir d'en rechercher les moyens. Or, il n'y en a qu'un, c'est de créer, à côté de nos caisses d'indemnité de maladie et de retraites, un fonds de réserve pour payer les primes d'assurance des confrères qui, pour des causes permanentes ou temporaires, ne peuvent les acquitter.

Cette caisse serait alimentée : 1° par les dons et legs de généreux confrères ; 2° par des subventions de l'Association générale ; 3° par l'abandon de leurs droits faits par les adhérents fortunés ; 4° enfin, par l'adjonction de membres honoraires ou bienfaiteurs pris en dehors du Corps médical.

Nous recevons tous des inventeurs de spécialités et des fabricants de bandages et d'appareils de petits cadeaux destinés à les rappeler à notre souvenir et même des remises que nous leur retournons avec indignation ou que nous recevons en rougissant. Ne serait-il pas plus honnête et plus profitable que ces cadeaux et remises soient remplacés par une somme versée annuellement dans notre caisse de secours ?

De plus, ces messieurs dépensent en frais de publicité des sommes importantes. Demandons leur d'en verser une partie dans notre caisse de secours et faisons leur, en échange, une publicité qui ne sera pas banale et dont ils ne tarderont pas à constater les bons résultats. Tous les ans, la caisse adressera aux 17.000 médecins un élégant carnet de poche, facile à consulter, qui contiendra les noms et adresses des bienfaiteurs, les sommes versées par eux et la liste des produits ou objets qu'ils recommandent à notre attention.

Je suis persuadé que, grâce à l'émulation que provoquera cette publication, et du concours que nous leur accorderons, notre caisse de secours sera rapidement en état de parer à toutes les éventualités et d'abaisser sensiblement le taux actuel des primes d'assurance contre la maladie et la vieillesse.

Il y a là, si je ne m'abuse, une idée qui mérite d'être creusée ; je la soumets en toute confiance à l'étude de toutes les associations médicales et en particulier au *Concours médical* qui, depuis bientôt trente ans, lutte au premier rang et avec

succès pour la défense des intérêts professionnels. »

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques, — Viennent d'être nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur *Fournier*, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Au grade d'officier. — M. le docteur *Blache*, membre de l'Académie de médecine, trésorier de l'Association générale. — Au grade de chevalier. — MM. les docteurs *Lepage*, accoucheur des hôpitaux de Paris, vice-président du « Sou Médical » et *Richard Leşay*, de Lille, ancien président du Syndicat de Lille, membres du « Concours Médical ».

Nous adressons nos félicitations bien sincères à nos distingués et dévoués confrères et collègues du Concours Médical.

Masseurs et magnétiseurs. Le syndicat de la Sarthe s'est ému du dépôt, par un député médecin, (il est des noms qu'il serait toujours bon de donner) d'une pétition avec proposition de loi tendant à rendre aux masseurs et magnétiseurs la tolérance légale dont ils ont joui quelque temps, grâce à une interprétation des paroles de Chevandier, et que la Cour de Cassation, s'inspirant du Congrès de médecine légale, leur avait enfin récemment enlevée. — Cette proposition aura sans doute le seul bénéfice qu'elle mérite, celui de la caducité. Il n'en est pas moins utile de la combattre d'avance, et dans nos journaux, et auprès de nos députés : on peut s'inspirer, à cet effet, de l'exposé publié par M. le Dr Salomon dans le dernier Bulletin de l'Union des Syndicats.

Liquide incongelable. — M. d'Arsonval, de l'Académie des Sciences, vient d'informer ses collègues qu'il a trouvé le moyen d'extraire des huiles de pétrole un liquide absolument incongelable, même quand on le soumet à 205° au-dessous de zéro. Avec cet éther de pétrole, on pourra construire des thermomètres de précision, qui serviront surtout dans les laboratoires de chimie.

Election d'un délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité. — Les délégués des Syndicats sont convoqués, pour le dimanche 23 février 1902, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels en remplacement du regretté Dr Le Baron (de Paris), dont nous avons annoncé la mort à la fin du dernier numéro.

Les présidents des Syndicats recevront sans doute de leurs préfectures les instructions habituelles touchant les formalités préparatoires de l'élection.

Responsabilité médicale. — Qu'est-ce encore que cette histoire empruntée à la presse politique ?

Le 22 octobre 1899, la femme d'un professeur de musique parisien étant sur le point d'accoucher, son mari envoya chercher un médecin, le docteur X.. Celui-ci procéda en partie à l'accouchement de la jeune femme.

Alléguant des fautes graves de la part du praticien, le musicien et sa femme réclamaient aujourd'hui au docteur X..., devant la première chambre du tribunal, vingt mille francs de dommages-intérêts.

M. Paul de Falloy s'est présenté pour les demandeurs, M. Ambelouis pour le défendeur.

Le tribunal a prescrit, avant faire droit, une expertise, dont ont été chargés MM. les docteurs Budin, Merger et Maygrier.

Origine du traitement du Lupus par la photothérapie. — Le point de départ des recherches de Finsen sur ce sujet a été le fait suivant qui s'est passé il y a quatre ou cinq ans à Berlin.

Un horloger de cette ville était atteint d'un lupus de la face. L'affection avait été diagnostiquée et soignée quelque temps dans le service de Leyden. Mais la guérison ne venant pas, l'horloger était rentré chez lui et avait repris son travail.

En qualité d'horloger, il se servait constamment de loupes et de loupes d'une grande puissance. En examinant un jour l'intérieur d'une montre, il s'était placé contre la fenêtre, le soleil traversant la loupe. Le hasard voulut que le foyer de la lentille se trouvât sur une des parties de la face rongée par le lupus. L'horloger ressentit une vive douleur, regarda dans la glace et constata que l'endroit brûlé était devenu blanc.

Intrigué, il recommença le lendemain et les jours suivants, maintenant pendant des heures la loupe interposée entre le soleil et les parties ulcérées. Au bout de six semaines le lupus était cicatrisé.

L'horloger revint alors trouver le professeur Leyden qui l'avait déclaré incurable et qui dut reconnaître que « la *loupe* avait vaincu le *loup* ». (*Revue internationale de médecine et de chirurgie.*)

Le musée de l'hygiène. — Le musée de l'hygiène, qui doit être établi dans la partie est du marché de l'Ave-Maria, quai des Célestins, sera un développement de l'embryon de musée actuellement installé à l'hôpital des contagieux d'Aubervilliers. On sait que cet hôpital, qui a fait l'objet de discussions très vives au Conseil municipal, est établi dans de mauvaises conditions et qu'il est destiné lui-même à disparaître. Les appareils de désinfection rapide, d'asepsie et d'antisepsie préventives et la plus grande partie des pièces qui composent la section de l'hygiène comparée seront prochainement transportés quai des Célestins. Au marché de l'Ave Maria, les commerçants qui occupent la moitié du hall à désaffecter ont déjà été avisés d'être prêts à partir. Comme ils louent leurs places à la semaine, l'opération du déplacement ne sera pas compliqué. (*Echo de Paris*).

La sérothérapie de la maladie du sommeil. — Il paraît qu'une mission médicale portugaise vient de découvrir un sérum qui serait capable d'arrêter les ravages effrayants causés parmi les indigènes d'Afrique par l'étrange maladie que connaissent nos camarades du corps de santé colonial, et dont l'étiologie et la pathogénie restent encore dans le mystère. Nous n'acceptons que sous les plus formelles réserves cette nouvelle qui nous est apportée par la grande (!) presse, et qu'il nous plairait de voir contresignée d'un nom médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4782. — M. le docteur Collet, de Nogent-sur-Vernisson (Loiret), membre de l'Association et du Syndicat du Loiret, et de l'Association Amicale.

N° 4783. — M. le docteur Girard, d'Ivry-Centre (Seine), présenté par M. le docteur Courgey, d'Ivry-Port.

N° 4784. — M. le docteur Allard, de Mark (Pas-de-Calais), membre de l'Association des médecins du Pas-de-Calais.

N° 4785. — M. le docteur Lépinay, d'Eguzon (Indre), présenté par M. le docteur Audiat, de Châteauroux.

N° 4786. — M. le docteur Jeanpierre, de Marnay (Haute-Saône), membre du Syndicat des médecins de la Haute-Saône.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Laydeker, d'Avize (Marne) ; Sostrat, de Mirambeau (Charente-Inférieure) ; Deynaud, de Pellegrue (Gironde), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 6 8 FÉVRIER 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles, Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les élections législatives et la santé publique.

Est-ce que la protection réelle de la santé publique serait vraiment devenue un article du programme dit de défense républicaine ?

Depuis deux ans, nous avons vu le gouvernement chercher à le prouver par des actes. La guerre au blanc de céruse, les circulaires de M. Lépine, la révision de l'hygiène des chemins de fer, étaient déjà des gages plus ou moins heureux de bonne volonté. Quelque chose aussi fut fait contre l'alcoolisme par les Ministres de la guerre et de la marine, en même temps qu'on parut vouloir défendre, par de sages mesures, la santé du personnel des postes.

Mais voilà qu'aujourd'hui nos gouvernants prennent la tête du mouvement créé par les ligues de la tuberculose et de la syphilis. Avant-hier, M. Waldeck-Rousseau portait à Montmartre le drapeau de la première ; hier, à la Chambre, à propos du budget de la prison de Saint-Lazare, il se montrait apôtre convaincu de la croisade du Dr Fournier ; aujourd'hui, il part en campagne avec la Commission de la dépopulation.

Nous entendons bien que la fronde, même chez les médecins, ne va pas désarmer pour cela.

Après avoir critiqué l'indifférence, on va se rattraper sur la discussion des voies et moyens choisis pour l'action : on va (c'est déjà fait) parler de grosse caisse et de réclame électorale. Il faut bien que les journaux se vendent.

N'empêche que, pour quiconque voit avant tout les faits acquis, et nous sommes de ceux-là, cette campagne n'est pas banale. Elle porte sur la plupart des points que les médecins soulignaient, il y a quatre ans, dans les cahiers qu'ils nous adressaient, avant les élections. Nous avions été habitués à parler à des gens qui nous écoutaient silencieux et indifférents comme une borne (pardon, cher confrère de Montbéliard, il ne s'agit pas de vous) ; aujourd'hui, ces mêmes hommes provoquent la discussion et jurent que c'est pour aboutir. Il y a là quelque chose de changé.

Serait-ce de la naïveté de croire que toute cette agitation n'est pas de surface seulement, et que nous devons y prendre part, en l'utilisant comme bonne aubaine ?

Nous ne le pensons pas, car il y a vraiment là une préoccupation générale qui s'est traduite aussi dans les deux Chambres par les projets de MM. Bernard et Piot sur la dépopulation, Lachaud sur la tuberculose dans l'armée, Strauss et Labbé sur la protection de l'enfance, etc, etc.

Et nous ne parlons pas des Ligues qui viennent de se constituer, si nombreuses et si variées, qu'il y en a pour tous les goûts et pour toutes les aptitudes !

A notre avis, dussions-nous y trouver des déceptions, il convient que les médecins entrent énergiquement dans la campagne. Il faut que les prochains programmes électoraux reflètent notre sentiment sur ces graves questions, syphilis, tuberculose, alcoolisme surtout. Il faut que nous disions toute notre pensée, par exemple, sur les hideuses et navrantes conséquences de la conservation du privilège des bouilleurs de cru : il faut que nous exigions des candidats la promesse de le supprimer.

S'abstenir en ces matières, c'est, pour le médecin, manquer au devoir du patriotisme éclairé. Et comme les questions d'assistance, d'hygiène, de prophylaxie sociale ne doivent pas avoir de couleur politique, le *Concours* reste bien dans son attitude en engageant ses membres à les produire dans la lutte électorale, sans souci des autres opinions des candidats.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La compression contre l'entorse.

Un de nos lecteurs nous communique son observation personnelle à propos du traitement de l'entorse tibio-tarsienne et nous prie de la signaler.

« Tout médecin, nous écrit-il, a une bande d'Esmarck. Eh bien ! en cas d'entorse, qu'il l'enroule *assez fortement serrée* autour de son pied près de l'articulation tibio-tarsienne...il s'endormira tranquillement et le lendemain marchera... avec sa bande naturellement, mais — pourra remonter dans sa voiture — et faire sa clientèle à condition de ne pas avoir à chaque visite à monter cinq étages.

« J'ai fait l'expérience sur moi-même... et j'en suis resté stupéfait, ou plutôt non ! nous en sommes restés stupéfaits : le médecin de l'assurance-accidents qui m'en avait donné pour 3 semaines de lit — moi — et enfin le représentant de l'assurance ».

Nous nous bornerons à ajouter : 1° que toutes les entorses ne sont pas d'égale gravité et que la compression élastique n'est pas toujours suffisante pour calmer les douleurs et permettre la marche même modérée ; 2° que ce mode de traitement a été recommandé depuis plus de dix ans par M. le Dr Reclus, concurremment avec les pédiluves chauds et le massage. Mais il est si simple !

Le massage abdominal dans différents cas d'hypertension artérielle.

M. le Dr *Cautru*, de Paris, recommande l'emploi du massage abdominal dans les différents cas d'hypertension artérielle et, en particulier, dans l'angine de poitrine. D'après lui, le massage profond et doux amène un abaissement de la pression artérielle périphérique ; de plus, il produit une diminution du nombre des pulsations. En même temps que la pression diminue, les urines augmentent dans les jours qui suivent le début du traitement.

Un massage superficiel excitant, les tapotages, les hachures, augmentent au contraire momentanément la pression et le nombre des pulsations cardiaques.

On peut donc, à l'aide de manœuvres différentes, régulariser à la longue la circulation et rendre, par conséquent, l'équilibre normal.

C'est dans les maladies avec hypertension artérielle que le massage donne les plus rapides et les plus brillants résultats, dans les cas par exemple, de migraine, simple ou ophtalmique, et dans les diverses manifestations de la pléthore abdominale (intoxication alimentaire chronique, dyspepsies congestives, dysménorrhée,

FEUILLETON

Vénus aux champs au XXe siècle.

— Que désirez-vous, mon bon ami ?

— M'sieu, j'suis venu pour me consulter.

— Qu'avez-vous donc ?

— J'ai la tête rouge et j'peux pas *tomber mon eau*.

Je regarde avec curiosité mon interlocuteur. C'est un petit homme maigre, vêtu d'une blouse gros bleu toute neuve, d'un pantalon de droguet et chaussé d'une paire de demi-galoches.

Les cheveux blancs sont coupés ras ; la figure est ridée comme une vieille pomme, le teint est bruni, basané, bronzé par le soleil.

A première vue, il paraît très vieux, mais l'œil est encore vif, l'allure souple, et il paraît bien campé sur la hanche.

— Vous dites que ?

— J'dis, m'sieu, que j'ai la tête rouge et que j'peux pas *tomber mon eau*.

— Faites-moi voir ça.

En un tour de main il relève sa blouse, entr'ouvre sa braguette et exhibe une verge d'un volume respectable.

Le gland (la tête) mis à découvert, apparaît rouge, un peu tuméfié et recouvert par endroits de parcelles de muco-pus.

Le prépuce lui-même est rouge et une goutte de pus se montre au méat urinaire. Il y a de la balano-posthite et de la blennorrhagie. Sur le gland, à gauche, vers la couronne, on aperçoit une ulcération gris blanchâtre, diphtéroïde, régulièrement ovalaire ; sur le prépuce, aux points correspondants, pareille ulcération ovalaire de mêmes dimensions que la première. On les dirait taillées l'une sur l'autre.

Ces deux ulcérations se réunissent dans le sillon balano-posthique par une partie rétrécie qui donne à l'ensemble de la lésion l'aspect d'un huit de chiffre.

En pressant la base de ces ulcérations, on perçoit une induration foliacée parfaitement distincte. Cela paraît un chancre infectant. Le diagnostic est confirmé par la présence dans l'aine gauche de la pléïade ganglionnaire indolente classique.

Il y a donc en même temps balano-posthite, blennorrhagie et infection syphilitique. Il n'y manque rien.

Le sujet ne se plaint d'ailleurs d'aucune douleur, sauf en urinant ; ce qui lui fait dire qu'il ne peut pas *tomber son eau*.

— Vous êtes allé voir les femmes ? lui dis-je.

— Non, m'sieu.

— Vous en avez vu au moins une.

— J'ai pas vu de femme, m'sieur. J'ai perdu ma femme il y a quatre ans.

— Il y en a d'autres que la vôtre.

— Eh bien ! non, m'sieur........ (un temps), à moins que ça soit la Râquette.

— Qu'est-ce que c'est ça : la Râquette.

— C'est une femme de mon village.

— Eh bien ?

— Il y a un mois environ, je passais devant sa porte. « Fourrâ donc cha, me un petit memin », qu'elle me dit. J'suis entré et elle a fermé sa porte.

— Alors ?

— Alors, m'sieu, nous avons causé.

ménopause, suites d'opérations abdominales, telles qu'ovariotomies ou hystérectomies, qui sont très souvent suivies d'hypertension artérielle, affections cardiaques, pulmonaires ou hépatiques, artério-sclérose, angine de poitrine, vraie ou fausse, du type vaso-moteur, etc.).

M. Cautru cite entr'autres observations intéressantes, celle d'un malade qu'il vit arriver chez lui il y a 4 ans, en pleine crise d'*angor pectoris* et qui, après quelques minutes d'indicibles souffrances, finit par vomir son repas et se rétablit momentanément. Ce malade lui raconta que depuis un an, il était sujet à ce genre d'accident, qui survenait toujours après les repas lorsqu'il se mettait trop tôt en marche. Dans certains cas, la crise légère cessait après quelques éructations, le plus souvent après vomissement. Elle débutait toujours de la même façon, par une douleur vive au niveau du sternum avec sensation de coups de poignard et se propageant dans le dos et le long du bras gauche, donnant au niveau du poignet la sensation d'étreinte dans un anneau de fer. De souche arthritique le malade lui dit avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont une, entr'autres, le tint au lit une partie de l'hiver 1881-82 ; il avait eu en outre plusieurs accès de goutte et de gravelle.

« Exerçant la profession de marchand de vins, il avait naturellement abusé des boissons alcooliques. En l'examinant, je constatai une distension énorme de l'estomac et de l'intestin, un peu d'emphysème pulmonaire et de bronchite chronique des bases, de l'hypertension artérielle avec retentissement diastolique à l'aorte et un souffle à la pointe au premier temps. L'aspect général du malade était celui du pléthorique à circulation veineuse ralentie.

« Je lui fis de suite un massage abdominal qui amena une détente immédiate et la disparition de cette gêne précordiale avec sensation d'étouffement, qui persistait toujours après chaque crise. Le même traitement fut continué tous les jours et bientôt le malade put faire une course assez longue, après les repas, sans avoir de crises. Je cessai le traitement après quinze massages et je ne le revis qu'en juillet 1898.

« L'amélioration s'était maintenue, il n'avait pas eu une seule grande crise depuis le moment où je l'avais traité. Il avait pu reprendre son fatigant métier de marchand de vins et en était quitte, lorsqu'il se surmenait, pour éprouver des douleurs, peu vives d'ailleurs, dans le bras gauche, précédées d'une gêne précordiale. »

M. Cautru cite quelques autres observations analogues, qui prouvent que le traitement de l'angine de poitrine par les agents physiques et en particulier par le massage abdominal, constitue un moyen de traitement que l'on aurait tort de négliger, d'autant plus que, dirigé comme il doit l'être, il n'offre aucun danger. On aura seulement soin d'être prudent, en ce qui concerne les mouvements de gymnastique suédoise, chez les artério-scléreux avancés et surtout quand il y a sclérose veineuse. On s'en tiendra alors au massage abdominal seul.

La Lécithine.

Tout le monde sait que la lécithine, si à la mode aujourd'hui, est une graisse phosphorée

---

— Et puis ?
— Et puis... (un silence).
— Vous l'avez caressée.
— Non, m'sieu.
— Alors c'est elle qui vous a.... ?
— Non, m'sieur... (un temps).. pour mieux dire, j'sais pas comment que ça s'est fait.

Il emploie les mêmes termes que les filles enceintes. La plupart ne savent jamais comment la chose s'est passée, du moins elles le disent.

— Vous ne savez pas comment ça s'est fait ?
— Non, m'sieu.
— Enfin, ça s'est fait. C'est le point capital. Vous connaissiez cette femme ?
— Oh ! oui m'sieu. On se voit souvent. Songez donc ; dans le même village.
— Elle est encore jeune ?
— Elle est de mon âge.
— Quel âge avez-vous donc ?
— J'ai 61 ans.
— Et cette femme a 61 ans !
— Elle en a au moins 60.
— Et elle est encore amoureuse !
— Nous devons nous marier ensemble.
— Vous devez vous marier avec elle ?
— Oui, m'sieu.
— Vous êtes donc encore jeune ?
— Comme ça, m'sieu, c'est mes enfants qui me poussent au mariage.
— Vous êtes bien un peu le maître, il me semble.
— Oui, mais la Râquette a de l'argent.
— Ah voilà.. la galette.. la sainte galette... On la retrouve partout.
— Vous dites ?
— Je dis que c'est l'argent qui fait tout, mon bon ami.
— Eh bien, m'sieu, mes enfants tiennent à ce mariage puisqu'il y a de l'argent.

La Râquette avait de l'argent. Comment l'avait-elle gagné ? Une femme de 60 ans, capable d'inoculer la syphilis, n'était pas une vertu sans tache. La fortune qu'elle possédait n'était sans doute pas venue par des pratiques religieuses. Il apparaissait clairement que la galanterie en était la principale origine.

Encore pouvait-on en discuter ; mais il y avait un fait incontestable : elle avait infecté un homme et cette infection avait un caractère de complication tel qu'elle devait être elle-même en proie à toutes les manifestatfons vénériennes.

J'étais même allé un peu loin. Mes questions avaient dû l'éclairer sur l'auteur et la cause de sa maladie. En présence du projet de mariage, j'eus un instant l'idée de rétracter en partie ce que j'avais avancé. Mais il était difficile de revenir sur cette question. Le client m'en fournit lui-même l'occasion.

— Vous pensez donc, m'sieu, que ça serait la Râquette qui m'aurait rendu malade ?
— C'est possible, mais ce n'est pas bien sûr.
— Ç'aurait donc pu venir sans qu'elle soit malade aussi ?
— Peut-être bien. Est-ce qu'on sait ? Il arrive tant de choses extraordinaires.
— Enfin, m'sieu, faut me guérir. On verra après.

Ces dernières paroles indiquaient une résignation facile et une ignorance complète de la nature et de la gravité de la maladie. Il n'y avait pas de mal de fait. Le patient n'était ni alarmé, ni même inquiet.

J'instituai un traitement complet : lavages, injections avec une solution légère de sublimé. Pilules de protoïdure d'hydrargyre.

qui existe dans les tissus animaux et végétaux doués d'une grande vitalité.

C'est, dit la *Médecine pratique*, au point de vue chimique, un *distéaro glycéro phosphate* de choline.

Les expériences de Danilevski, Serono, Desgrez, Claude et Aly Zaki, etc., ont montré que le rôle de la lécithine de l'organisme est celui d'un agent bioplastique et morphogène.

La médication lécithinée, en raison de son action en quelque sorte spécifique sur l'élimination des phosphates par les urines et de son influence remarquable sur les échanges nutritifs, est formellement indiquée dans toutes les affections où les pertes organiques l'emportent sur les recettes, chaque fois, en un mot, qu'il y a dénutrition.

Envisagée au point de vue thérapeutique, la lécithine offre le grand avantage : 1° de n'être pas toxique, même à doses très élevées (1 gramme et plus) ; 2° d'être assimilée en totalité, du moins aux doses ordinaires de 0,50 centigrammes par vingt-quatre heures.

Ses effets thérapeutiques consistent à :

1° Augmenter le nombre de globules rouges (Danilewsky, Selensky, Serono, etc.) ;

2° Augmenter, du moins dans certains cas (dans la chloro-anémie par exemple), la teneur du sang en hémoglobine (Tonelli, Fritz, etc.) ;

3° Augmenter l'urée, l'azote urinaire total et le coefficient d'utilisation azotée ;

4° Diminuer par conséquent l'acide urique (Serono, Desgrez, etc.) ;

5° Diminuer le chiffre de l'acide phosphorique éliminé par les urines ;

6° Activer la croissance ;

7° Accroître l'appétit et surtout augmenter rapidement le poids du corps et combattre la dénutrition (Gilbert et Fournier, Lancereaux, Claude, etc.).

Comme conséquences de cette action si remarquable sur l'organisme débilité, l'emploi de la lécithine est indiqué dans les cas suivants :

1° Toutes les anémies : chlorose, pellagre, etc. (Serono Fritz) ;

2° Toutes les maladies dans lesquelles il faut combattre la dénutrition : tuberculose, diabète, rachitisme, arrêt de croissance, ulcère gastrique ;

3° Toutes les cachexies (palustre, cancéreuse, tuberculeuse, etc.) ;

4° Les convalescences (principalement de la fièvre typhoïde et de la grippe) Gilbert et Fournier, Lancereaux, Huchard, etc. ;

5° La neurasthénie, le surmenage intellectuel et physique ;

6° La phosphaturie.

La lécithine peut être administrée, soit dans des cas spéciaux et assez rares, par la voie hypodermique, en solution dans l'huile à la dose de 5 à 10 centigrammes, soit par la voie gastrique, sous forme de pilules ou de granulé. La forme granulée est toujours préférable, parce qu'en raison de la dissolution facile et rapide du médicament, son absorption et son assimilation sont absolument certaines, ce qui n'est pas toujours vrai avec la forme pilulaire. Il faut administrer la lécithine à jeun, avant les repas, à la dose de 0.30 à 0.50 centigrammes par vingt-quatre heures.

Quinze jours ne s'étaient pas écoulés, le client me revenait se plaignant de douleurs dans les mâchoires, de salivation et d'un état de malaise général.

Quelque peu surpris par ces manifestations, je le questionnai sur l'emploi de ses remèdes. Il me raconta qu'il avait pris quatre pilules par jour au lieu de deux que je lui avais ordonnées. Aussi les accidents du côté de la bouche ne tardaient pas à se montrer ; il en souffrait depuis une huitaine de jours.

En revanche, il y avait une amélioration notable dans l'état local. L'inflammation du gland et du prépuce avait disparu ; l'écoulement s'était calmé ; la miction était indolore. Le chancre lui-même paraissait plus limité, moins étendu, comme en voie de cicatrisation.

Je fis cesser les pilules de protoiodure et continuer les autres remèdes en y ajoutant un purgatif dépuratif contre la stomatite et des préparations balsamiques contre l'écoulement uréthral.

Depuis ce jour je ne le revis plus.

Six mois plus tard, vers la fin de décembre dernier, le hasard me fournit l'occasion d'en recevoir des nouvelles.

Les jours de grandes foires, les campagnards envahissent la ville. Il en vient de tous les villages et de tous les hameaux.

Après avoir fait leur marché, après avoir vendu les femmes, leurs œufs, leur beurre et leurs volailles ; les hommes, leur vache et leur cochon, ils viennent chez le médecin pour le payer ou le consulter.

Dans le courant de la soirée de la foire de Noël, je reçus la visite d'un voisin de mon syphilitique.

L'occasion était propice ; je ne pouvais la laisser échapper. Avec la plus grande discrétion possible, je lui posai quelques questions sur les habitants de son village. « Il y a du nouveau chez nous, me dit-il, vous connaissez bien le père S... (c'est le nom du vieux syphilitique.) ? eh bien ! il se marie avec la mère Râquette. On se fait du bon sang dans le village, vous pouvez le croire ». Si on savait tout, pensai-je, on s'amuserait bien plus. Il y aurait dans tout le village de longs et joyeux éclats de rire. Autrefois, on eût organisé pour la circonstance un réjouissant charivari.— Quoi qu'il en soit, j'étais fixé sur le sort de mon intéressant client.

Ainsi donc, dans la matinée du mardi gras, le lecteur pourra, s'il y pense, se dire que dans un petit coin du Bourbonnais, dans un modeste village perdu l'été dans la verdure et les fleurs, il se célèbre un mariage mémorable.

Les époux ont à eux deux plus de cent vingt ans. Ce sera gai, la syphilis sera de la fête. Détail piquant, le chancre infectant aura été déposé dans la corbeille de noce non par le futur, ce qui serait déjà bien, mais par la fiancée, ce qui est un comble. Et elle a 60 ans ! c'est une véritable fiancée de mardi-gras.

Ce n'est pas un mariage fin de siècle, c'est mieux. C'est un mariage jeune siècle.

Espérons que ces étonnants époux seront heureux. Ils le méritent. Il est inutile, je pense, de leur souhaiter beaucoup d'enfants.

MORALE.

Ce fait prouve qu'aux champs les œuvres de Vénus
Ne sont pas moins brillantes
Qu'à la ville.

F. COULHON, de Montluçon,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Prophylaxie de la coqueluche.

D'après les travaux de MM. les Drs Weil et Péhu, de Lyon, in *Semaine Médicale*, les mesures de prophylaxie de la coqueluche se résument en deux principales: l'isolement et la désinfection.

Dans *les familles, l'isolement* n'est pas nécessaire, parce que la contagion est massive. La dispersion sera quelquefois utile pour éviter le renforcement des coqueluches les unes par les autres. Si dans une famille les enfants sont dispersés pendant la période préquinteuse, le rapprochement ne sera permis qu'après l'apparition des quintes.

Dans les écoles les règlements français prescrivent l'éloignement jusqu'à deux à trois semaines après la cessation des quintes. Dans l'opinion de MM. Weil et Péhu, l'éloignement, comme le licenciement, en temps d'épidémie, est illusoire. La prophylaxie efficace consisterait à renvoyer de l'école, non pas le coquelucheux à quintes, mais ses frères, ses sœurs qui l'approchent en dehors de l'école. Ces mesures prophylactiques sont complétées par la *désinfection* appliquée au coquelucheux lui-même et à son entourage.

1° *Hygiène du coquelucheux.* — Les auteurs formulent les règles habituelles d'hygiène de la coqueluche relatives aux quintes, à l'alimentation, aux vêtements, à l'habitation, à la température.

Relativement *aux sorties*, dans les coqueluches simples, MM. Weil et Pehu estiment qu'il peut être vraiment salutaire de laisser les malades à l'air libre pendant une partie fort longue de la journée, pendant les heures chaudes dans les saisons favorables. On évitera de toutes façons les brusques refroidissements.

Quant *aux changements de séjour*, il est impossible de formuler des conclusions très précises. Dans le cas de coqueluche à intensité moyenne ou légère, cette mesure est inutile. Si la maladie affecte une allure grave, le changement sera ordonné d'urgence, sans avoir la crainte *illusoire* de semer la contagion dans la localité choisie.

2° *Thérapeutique.* — Les auteurs passent en revue un grand nombre de procédés thérapeutiques proposés contre la coqueluche. Ils terminent en formulant leur mode de traitement, facile à appliquer, qui répond à la double indication : diminuer le nombre des crises et prévenir l'infection bronchique. Il consiste à associer l'*antipyrine* donnée par la voie gastrique et la *quinoléine* en inhalations.

L'antipyrine a une action sédative certaine, une efficacité réelle contre la coqueluche. Ses inconvénients sont minimes.

La quinoléine synthétique, à laquelle a recours M. Weil, répond à l'indication « prévenir l'infection bronchique ». Son mode d'emploi est simple. A l'hôpital ou dans la clientèle, on réunit tous les coquelucheux dans une même salle où l'on fait bouillir dans un récipient, quelques centimètres cubes d'eau, à laquelle ont été ajoutées préalablement dix à vingt gouttes de quinoléine par enfant. On ordonne trois ou quatre séances par jour, chacune d'elles ayant une durée maxima de vingt minutes. Cette médication est facile, sans inconvénient aucun pour le tube digestif, n'entravant en rien l'enfant dans sa vie normale, lorsqu'il peut se lever ; le médicament présente un avantage surtout appréciable chez le nourrisson, en ce sens qu'il n'entrave en rien les fonctions gastro-intestinales et qu'il peut être donné seul, sans association avec l'antipyrine.

Enfin, il ne faut pas oublier de se conformer ponctuellement aux règles d'hygiène les plus strictes.

Traitement de la fièvre typhoïde infantile.

M. le Dr *Jean Durieux*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde infantile. Après avoir passé en revue, avec nombreuses observations à l'appui, les différents modes de traitement de la fièvre typhoïde actuellement en usage, il conclut que toutes les méthodes et médications utilisées ont chacune leurs mérites et leur opportunité.

L'*antisepsie intestinale* qui semble, au premier abord, résumer tout le problème thérapeutique, n'a pu tenir les belles espérances qu'elle avait fait concevoir théoriquement : son action toxique sur les bacilles d'Eberth se concilie mal avec son action perturbatrice sur le tube digestif.

Cependant, les purgatifs, associés ou non au benzonaphtol, peuvent constituer un traitement suffisant dans les formes très légères de la dothiénentérie infantile et une médication adjuvante fort utile dans les formes moyennes.

La *médication antithermique* ne peut prétendre au titre de méthode spécifique, car la température n'est jamais qu'un symptôme d'une signification très variable, suivant l'âge du malade, sa constitution, l'état de son système nerveux.

La médication antithermique comprend deux ordres de moyens : la balnéothérapie, d'une part ; les agents médicamenteux, de l'autre.

Les bains froids ne doivent pas être donnés systématiquement dans tous les cas et dès le début de la fièvre typhoïde ; car ils sont d'une application quelquefois difficile, et exigent une surveillance intelligente, souvent impossible à réaliser, surtout dans la pratique rurale.

L'indication des bains froids se tire bien moins de la température du petit malade que de l'état de son système nerveux. Quand ce dernier paraît touché (torpeur, méningisme, irrégularité du cœur), le bain froid s'impose ; car il constitue une suprême ressource contre un suprême danger. On l'utilise alors comme pour le rhumastisme cérébral, la scarlatine, la rougeole, la pneumonie adynamique, où très souvent son action stimulante, décongestive et diurétique, dissipe heureusement un appareil symptomatique de pronostic grave.

Encore, pour certains auteurs, le bain tiède ou seulement le bain chaud donneraient dans ces cas, les mêmes heureux résultats. De toute manière, ces deux derniers modes de balnéation suffisent dans les formes moyennes de la dothiénentérie. Dans les formes légères et les formes moyennes qui constituent la grande majorité des cas de fièvre typhoïde infantile, on peut ne pas utiliser les bains et recourir à la quinine. Celle-ci peut être donnée à doses massives ou à doses fractionnées : elle modifie favorablement la marche de la maladie, abaisse la température et amène la sédation des troubles nerveux.

Enfin, dès le début de l'infection, on pensera

au sérum du Dr Chantemesse, à la dose de 10 ou 20 cc. par fractions de 5 cc. si l'enfant est très jeune.

MÉDECINE PRATIQUE

La médecine des accidents.

Parmi les questions d'actualité, l'une des plus ardues à résoudre et l'une des plus passionnantes est celle de « la médecine des accidents ». Cette dénomination, un peu trop compréhensive peut-être, répond bien néanmoins à la catégorie de faits pathologiques spéciaux que visent les assurances en général et la loi du 4 avril 1898, particulièrement : elle nous a été suggérée ainsi que les points principaux de cette étude par un de nos zélés confrères du Concours Médical, M. le Dr *Courtault*, de Royat, qui s'occupe avec persévérance et compétence de la partie pratique thérapeutique des accidents et des maladies par insuffisance d'exercice.

I

LES SUITES DES ACCIDENTS

Dans une revue très succincte, publiée en 1899 au journal le *Concours Médical*, nous avons essayé d'établir une sorte de répertoire des durées moyennes des suites des accidents et des blessures. Cette sorte de répertoire est forcément un peu vague et ne peut servir de base sérieuse à l'établissement d'une limitation précise des durées rationnelles des diverses blessures. Deux éléments d'une importance capitale viennent, en effet, infirmer continuellement les chiffres des moyennes que nous avons fournis. C'est d'abord, la variabilité des tempéraments et des constitutions des blessés, qui sont plus ou moins faibles ou plus ou moins énergiques ; c'est ensuite, l'hypocrisie et la simulation calculées des sujets, alléchés par le gain facile d'une indemnité qui favorise leur paresse.

Prenons quelques exemples : un individu a une fracture bimalléolaire occasionnée par une chute : cet accident a une durée minima de 60 jours, trente jours pour la consolidation de la fracture, vingt à trente jours pour la mise en état de marcher. Si cet individu est énergique et consciencieux, surtout si sa blessure n'engage pas la responsabilité d'un patron et ne lui procure aucune indemnité, la blessure n'aura pas de suites prolongées : mais, si cet individu est paresseux, douillet, ou de mauvaise foi, si une indemnité lui est servie pour son accident, la blessure sera prolongée trois, quatre, six mois, même; les raideurs, l'œdème, les impotences fonctionnelles, la claudication seront soigneusement exagérés et amplifiés par le blessé, qui cherchera toujours à reculer le moment de la reprise de son travail et à se faire passer pour infirme.

Au lieu d'une fracture, il se peut qu'il s'agisse d'une luxation, d'une subluxation ou même d'une entorse : le blessé, s'il est un peu fainéant et fourbe, jouera longtemps de l'arthrite, des douleurs et du gonflement périarticulaires, de l'ankylose même, pour esquiver toute invitation à la reprise du travail. Les efforts et ruptures musculaires lombaires ou dorsales sont également des blessures prolongeables à volonté, entre dix jours et dix semaines.

Le nombre des prétendus invalides ou estropiés du travail a toujours été fort considérable ; mais la loi de 1898 et les jugements bizarres des tribunaux ont encouragé dans de grandes proportions les simulations et l'exploitation des patrons et des assurances, en accordant des indemnités et des dommages-intérêts extravagants et fantaisistes. Si, au point de vue professionnel, nous ne devons pas soutenir les compagnies d'assurances qui nous exploitent, notre conscience et notre dignité morale nous obligent à prendre leurs intérêts vis-à-vis des blessés menteurs et escrocs, qui cherchent à nous duper pour se faire allouer des primes à leur fainéantise et à leur mauvaise foi et qui spéculent sur l'humanité excessive de beaucoup d'entre nous.

En matière d'assurances-accidents, en effet, il ne doit pas y avoir de faiblesses et ce qui fait que la plupart du temps, le médecin allègue la question de sentiment, c'est qu'il se sent mal armé, mal outillé pour contrôler et vérifier efficacement si le blessé dit vrai ou faux. Il n'est pas admissible qu'on se montre bon et généreux en accordant du repos payé à un effronté qui a l'audace de jouer une comédie de douleurs et d'infirmités, au détriment du pauvre diable qui a eu la naïveté de demander à reprendre prématurément son travail. Non, cela serait une iniquité criante que le médecin repoussera toujours. Ce qui manque trop souvent, c'est un procédé mathématique permettant d'abord d'aider la nature dans une prompte *restitutio ad integrum* ; ensuite de contrôler et de prouver péremptoirement à un tribunal que le blessé est véritablement guéri et qu'il simule des raideurs, des contractures des ankyloses, ou même des paralysies.

Evidemment, avec de l'habitude, de l'habileté, du flair, le médecin peut arriver à dépister bien des supercheries, mais combien de fois est-il quand même dupé et en tout cas, s'il n'a pas une autorité consacrée officiellement, comment pourra-t-il convaincre les juges, surtout en présence d'un autre expert qui ne dira pas la même chose que lui ? C'est précisément la fréquence des divergences d'avis des médecins experts qui donnent le plus d'avantages aux accusés dans ces sortes de procès en responsabilité civile.

Ainsi, la pratique journalière démontre la nécessité absolue de procédés sérieux pouvant aider l'intervention chirurgicale et la nature dans les suites de blessures et favoriser la saine appréciation de l'état réel des blessés.

II

LA MÉCANOTHÉRAPIE. LE MASSAGE. L'HYDROTHÉRAPIE.

Lorsqu'une blessure est cicatrisée, lorsque les premiers désordres aigus du traumatisme sont calmés, le retour des fonctions normales n'est pas toujours immédiat. Tantôt, il reste des raideurs musculaires et articulaires ; tantôt une notable atrophie, appréciable même à la vue et au toucher, frappe les muscles d'une impotence presque complète ; tantôt des cicatrices plus ou moins vicieuses pincent des vaisseaux ou des nerfs, des aponévroses ou des tendons et provoquent des douleurs à chaque mouvement actif ou passif. Evidemment, la tâche du chirurgien est terminée et ces raideurs, ces ankyloses pro-

visoires, ces contractures, ces atrophies, ces paralysies et ces douleurs sont justiciables de manipulations diverses, prolongées, fréquemment renouvelées, qui constituent le domaine des masseurs et hydrothérapeutes. Trop souvent ces massages sont abandonnés à des personnes ignorantes et, par conséquent, les blessés n'en retirent que peu de bénéfices et peuvent, à loisir prolonger la durée de leur incapacité. Quelques-uns de nos confrères se sont spécialisés dans cette branche de l'art médical et peuvent éviter cet inconvénient ; mais eux-mêmes éprouvent souvent quelqu'embarras à affirmer la réalité incontestable de la guérison et ne peuvent d'ailleurs pas fournir une preuve palpable à l'appui de leurs affirmations.

Et puis, combien sont-ils les confrères masseurs et électriciens ? Evidemment, leur nombre est insuffisant et ce sont les rebouteurs et masseurs-infirmiers qui récoltent la plus grande partie des soins aux victimes d'accidents en convalescence. D'ailleurs, même avec de l'habileté, de la science et du temps, le masseur, qui n'a à sa disposition que ses bras et un appareil électrique, ne peut réaliser tous les desiderata des suites d'accidents : contractures à vaincre, raideurs et pseudo-ankyloses à mobiliser, graduation mathématique de l'amplitude des mouvements exécutés, œdèmes persistants, atrophies et paralysies musculaires à réparer. Or, une méthode moderne, *la mécanothérapie*, imaginée par le Dr *Zander*, de Stokholm, permet de réaliser la plus grande partie des desiderata ci-dessus et de se rendre compte, de plus, des manœuvres et des mensonges des simulatenrs.

« La Mécanothérapie est l'application de l'exercice et du mouvement méthodiques à la thérapeutique, au moyen de procédés mécaniques qui nous permettent de doser l'intensité de l'exercice et de la localiser à un groupe musculaire déterminé ; de localiser les mouvements passifs et de régler à volonté leur amplitude et leur vitesse.

« Toute science exacte doit pouvoir s'exprimer par une mesure : ainsi, lorsqu'il subsiste après une fracture une atrophie musculaire et une raideur des articulations, nous devons pouvoir mesurer le degré de cette atrophie et de cette raideur. Nous savons que l'unité par laquelle s'exprime la force musculaire est le kilogrammètre, c'est-à-dire l'énergie nécessaire pour élever le poids d'un kilo à la hauteur d'un mètre et que l'amplitude du mouvement s'exprime par les degrés du cercle.

« Sur ces principes doivent être construits les appareils de la Mécanothérapie pour pouvoir être utilisés dans la chirurgie des accidents. »

Le Dr *Zander* a créé des appareils spéciaux pour chaque mouvement actif des groupes musculaires des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs, en se basant sur ce principe que tous les mouvements du corps sont comparables au fonctionnement du levier. « Le squelette des appareils qu'il a fait construire n'est autre qu'un levier dont un des bras est gradué et chargé d'un poids qui peut être fixé à un point déterminé de l'échelle de graduation.

« Ainsi furent réalisés, en principe, la localisation et le dosage du travail musculaire. Zander a créé également quelques appareils passifs qui produisent mécaniquement la friction, la percussion et la vibration, ou communiquent aux membres, au tronc ou au corps tout entier des mouvements, dont on peut régler toutes les variétés d'amplitude.

« C'est là le système Zander, qui réalise l'application mécanique des éléments de la gymnastique suédoise, et qui partage avec celle-ci les mêmes indications » (1).

Pour la thérapeutique complète des accidents, des raideurs, des ankyloses partielles, des atrophies et des douleurs, il faut un outillage plus complet et plus perfectionné ; voici d'ailleurs, les principales indications nécessaires à remplir pour la mécanothérapie des accidents, d'après MM. Courtault et Vermeulen, eux-mêmes :

1° Une localisation plus exacte du travail des muscles.

2° Un dosage, non pas relatif, mais absolu de l'énergie musculaire.

3° Un moyen de régler non seulement l'amplitude, mais aussi la vitesse des mouvements passifs.

4° La possibilité d'utiliser le minimum d'énergie que pourrait avoir conservé le muscle.

5° Le traitement rationnel des contractures volontaires ou réflexes.

6° Des moyens précis et variés pour découvrir la simulation.

Plusieurs auteurs allemands *Krükenberg*, *Hoffa*, *Herz*, ont étudié la question et réalisé d'importantes modifications, qui ont permis de simplifier les appareils et de combiner plusieurs mouvements successifs avec le même appareil.

Les appareils de Hoffa sont construits sur le principe du balancier : ils permettent :

1° De mesurer le degré de l'ankylose d'une articulation au moyen d'un cadran gradué sur lequel une aiguille nous indique, en degrés du cercle, la position exacte du membre.

2° De régler le point de départ du mouvement et la force d'entraînement du balancier.

3° De localiser l'exercice aussi facilement à une phalangette qu'aux grandes articulations.

Les appareils du Professeur Herz, de Vienne, ont réalisé, pour le traitement des accidents du travail, le progrès le plus désiré. De même que les appareils à balancier de Hoffa nous indiquent exactement le degré d'une ankylose articulaire, de même les appareils de Herz expriment par la mesure du kilogrammètre la valeur réelle de l'énergie musculaire.

Il faut, toutefois, ajouter une petite remarque : c'est que pour les appareils destinés aux mouvements passifs et aux mobilisations de raideurs et d'ankyloses, il est de toute nécessité de modérer la vitesse et l'amplitude des mouvements et d'en graduer progressivement l'action : ce desidératum est réalisé en embrayant chaque appareil sur un moteur spécial électrique pourvu d'un rhéostat destiné à augmenter et à varier les résistances et par suite les vitesses.

Dans les différents appareils de mécanothérapie, tous les leviers sont gradués, tous les poids sont mobiles sur des curseurs qui permettent de mesurer les efforts et de les pondérer, toutes les pièces sont pourvues de dynamomètres à maxima permettant d'enregistrer les mouvements actifs et leur amplitude et de confondre les menteurs et les simulateurs.

(1) Drs Courtault et Vermeulen.

Pour parfaire les cures des accidents, outre les appareils de mécanothérapie, on doit avoir recours aux différents procédés du massage et de l'hydrothérapie, douches, bains de vapeur, frictions, pétrissages, glissages et battages.

La périodicité, la fréquence, la surveillance constante des pratiques mécanothérapiques, massothérapiques et hydrothérapiques sont les plus surs garants de la rapidité de la guérison, et de fait l'application de ces méthodes réduit la durée des suites d'accidents dans des proportions extraordinaires. Voici ce qu'en disait Mr. Boediker, président de l'*Office impérial des Assurances*, dans le Rapport qu'il a fait au Congrès de Milan, en 1894.

« Depuis 1892, on a constaté une proportion « bien plus élevée de guérisons complètes ou partielles dans les fractures de bras, de jambes, de « clavicules, etc. — En 1888, la proportion des « blessés dont le traitement dépassait 20 semaines était de 50 %, avant l'application du traitement méthodique des accidents. En 1893, après « l'application de la « Médecine des Accidents », « cette proportion est tombée à 2 %. — Les rentes payables pour les incapacités complètes ou « incomplètes de travail ont été réduites dans les « mêmes proportions. »

« Et en effet, les Compagnies d'assurances contre les accidents, en Allemagne, ont trouvé un si grand avantage à employer la mécanothérapie dans le traitement de leurs ouvriers blessés, qu'elles n'ont pas hésité à faire construire à leurs frais des établissements spéciaux destinés à l'application de cette méthode.

« Dans ces Instituts, véritables hôpitaux, construits en vue du traitement *complet* de toutes sortes d'accidents, on pratique, outre la mécanothérapie, le massage manuel, les douches, l'électricité, les appareils orthopédiques, etc. On y fait toutes les opérations courantes. Ces grands établissements ont été fondés par des *Corporations* assurances fonctionnant sous le contrôle de l'Etat.

« On comprend, en effet, quel intérêt ont les Sociétés d'Assurances à faire soigner l'ouvrier le plus promptement et le plus complètement possible, pour éviter les degrés graves d'incapacité de travail et abréger la durée du temps de chômage.

« On comprend aussi la raison des énormes dépenses que se sont imposées les Corporations d'assurances : c'est qu'elles trouvent dans la diminution du nombre des cas d'incapacité complète du travail et dans la diminution des jours du chômage après l'accident, un bénéfice très supérieur aux frais du traitement perfectionné qu'elles appliquent aux accidents.

« Elles bénéficient, en outre, de la garantie que les médecins spécialement appliqués à la *Médecine des accidents* peuvent leur donner contre les cas de *simulations*. Il existe, en effet, dans ces Instituts, tout un outillage d'appareils de contrôle permettant de dépister la fraude des simulateurs. Si bien que les cas de simulation d'infirmité qui étaient autrefois de 20% sont tombés aujourd'hui à 4 % » (Dr Lagrange).

Les simulateurs ne connaissent pas les appareils que l'on va éprouver sur eux ; ils connaissent encore moins les essais que l'on va tenter et ils font toujours quelque bévue qui prouve précisément leur mensonge.

Il ne faut pas oublier d'avoir recours aux rayons X, en cas de doute et de retard inexplicable dans la guérison ; on pourra ainsi découvrir parfois des cals vicieux, des productions anormales osseuses ou fibro-cartilagineuses, des déplacements articulaires, des fractures mal consolidées, enfin des corps étrangers ou des esquilles profondément cachés et insoupçonnés.

Dr PAUL HUGUENIN.

STOMATOLOGIE

Nature et traitement des abcès du sinus maxillaire (1).

L'abcès du sinus maxillaire est un abcès dentaire formé et ouvert dans la cavité du sinus.

Je n'ai pu trouver de sujet mort avec un abcès ; mais sur le vivant, dans le cas où l'ouverture a été suffisante pour bien éclairer l'intérieur, voici ce que j'ai observé :

Dans le tiers, la moitié inférieure de la cavité, la couleur est changée. Elle est gris blanchâtre au lieu d'être rose ; elle est parsemée de points noirs. La muqueuse semble détruite ; au lieu d'être lisse, elle est recouverte de monticules rosés qui sont des bourgeons charnus. En touchant avec la pointe d'un instrument d'acier, on sent le périoste ramolli et très vite la surface osseuse, surtout au niveau des points noirs. Ceux-ci sont des portions d'os nécrosé, comme nous le verrons plus loin.

Je n'insiste pas davantage sur ces diverses transformations qui sont bien celles d'un tissu devenu malade par son contact avec du pus.

Mais d'où vient la suppuration qui s'est vidée dans le sinus et l'a rempli ? Il y a d'abord les traumatismes que je passe sous silence, car ils sont trop faciles à reconnaître. Puis les causes générales qui viennent d'un mauvais tempérament : la scrofule, le rhumatisme, la tuberculose, etc... Mais vous pouvez lire dans les divers ouvrages écrits à ce sujet, notamment les articles de MM. Guyon et Poinsot dans les deux dictionnaires, que ces abcès sont très rares et très mal étudiés. Les auteurs citent les observations de quelques maîtres, mais n'en ont jamais vu.

Enfin il y a une troisième cause, ce sont les abcès dentaires. M. Poinsot écrit dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* :

« Le diagnostic de l'inflammation suppurative du sinus est difficile au début, car les symptômes peuvent tout aussi bien faire supposer une inflammation de la pulpe dentaire, un abcès alvéolaire, une névralgie faciale. Cependant, le siège précis de la douleur, son caractère, sa longue durée, devront mettre sur la voie : s'il y avait une dent malade qui pût être regardée comme entretenant la douleur, son extraction lèverait tous les doutes, car la persistance des souffrances indiquerait que la cause réside plus profondément. »

Vous voyez avec quelle clarté se trouvent ainsi décrits les accidents consécutifs à la carie, jusqu'à l'abcès dentaire qui dans ce cas

(1) *Communication faite à la* SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE *de Paris par le Dr Aguilhon de Sarran, membre du Concours médical et dentiste à l'hôpital Beaujon.*

particulier persiste plus longtemps. C'est que cet abcès s'est ouvert spontanément et qu'il s'est vidé et continue à couler dans le sinus. Lentement le pus s'y accumule, et lorsque la cavité est à peu près pleine il s'évacue au dehors soit par l'orifice naturel du sinus dans les fosses nasales, soit par la perforation d'une des parois.

Il est facile de se rendre compte de la marche des accidents par l'anatomie du système vasculaire. J'ai montré qu'il existe des vaisseaux sanguins qui traversent la racine externe dans son extrémité et sont, à l'état normal, du côté externe. Il y a donc à cette racine des petits canaux qui restent ouverts lorsque la pulpe est morte et que les vaisseaux ne fonctionnent plus. Par ces canaux passent des matières septiques qui enflamment l'os et l'on se trouve en présence d'une ostéite qui se termine en suppurant. Telle est la formation des abcès dentaires ordinaires. Mais il arrive quelquefois que des vaisseaux se trouvent à la partie interne. C'est un cas anormal et très rare. Sur mes préparations j'en ai un qui est très visible. Dans ce cas la partie interne du maxillaire peut, aussi bien que l'externe, être exposée aux inflammations. C'est pour cette raison que l'on voit quelquefois, mais cependant assez rarement, l'abcès se former à l'intérieur de la bouche. Dans les cas ordinaires on le soigne aussi bien d'un côté que de l'autre.

Mais si l'abcès est formé dans ces conditions à la racine d'une des trois dents du haut qui sont en contact avec le sinus : la 2e prémolaire, la 1re et la 2e molaire, l'ostéite sera la même, mais le pus ne pourra s'écouler que dans la cavité du sinus.

A ce moment, on se trouve en présence de l'abcès du sinus maxillaire. La cavité du sinus se remplit peu à peu de liquides qui fermentent parce qu'ils sont au contact de l'air, détruisent la muqueuse, le périoste, et enfin déterminent une ostéite superficielle mais étendue, du sinus. L'os devenu malade à son tour fournit du pus qui fermente et entretient sa lésion ; on peut enlever la dent malade, vider la cavité, la laver avec des substances antiseptiques, mettre des drains, etc... l'affection ne guérit pas et se prolonge indéfiniment parce que le pansement n'est pas complètement aseptique. Les auteurs qui ont cherché un nouveau moyen thérapeutique sont très nombreux ; en ces derniers temps, le Dr Luc a imaginé une opération très intéressante mais qui est dangereuse et ne donne pas tous les résultats attendus.

Il faut bien convenir que cet abcès assez rare, et qui le deviendra de plus en plus à cause des progrès de la thérapeutique dentaire, est cependant grave.

Les malades qui en sont atteints ne souffrent pas beaucoup ; mais ils sont condamnés à supporter jusqu'à la fin de leur vie les ennuis de cette affection dont le plus sérieux est l'odeur infecte de la respiration par le nez ou la bouche. On le trouve dans toutes les classes de la Société et vous connaissez tous celui du roi Louis XIV. Cependant il est peut-être plus fréquent chez les gens pauvres qui ne soignent pas leurs dents pendant la jeunesse.

Pour moi, j'ai pu prendre 27 observations d'abcès du sinus bien constaté, pendant les 18 dernières années.

Tous ces malades ont été soignés, soit à ma clinique particulière, soit à l'hôpital. Ils ont tous eu les mêmes symptômes de douleur, de carie dentaire et d'abcès. Chez tous j'ai vu soit une lésion de l'une des trois dents mentionnées plus haut, soit un vide qui montrait que les dents avaient été malades et enlevées.

J'ai dû attendre quelques jours dans plusieurs cas pour être sûr que le sinus contenait du pus. Aujourd'hui, le diagnostic serait sans doute plus facile avec les procédés photographiques indiqués par MM. les Drs Combe et Pietkiewicz.

M. le Dr Jarre m'a dit avoir guéri un abcès du sinus en grattant le pourtour de l'ouverture faite dans l'alvéole de la dent. Ceci ne m'étonne en aucune façon. Un abcès nouveau, datant de quelques mois, n'a pu déterminer que de faibles lésions à l'os maxillaire. Il est possible qu'un simple grattage puisse les faire disparaître. Mais si l'abcès est déjà ancien, si les lésions sont étendues il est certain que ce procédé sera insuffisant.

Je laisse maintenant de côté, Messieurs, ces questions d'ordre général et qui n'ont d'autre importance que d'indiquer l'abcès dentaire comme cause de l'abcès du sinus.

Le traitement que j'ai employé semble un peu étrange au premier abord, mais il m'a toujours réussi et n'a jamais donné aucun accident. Voici dans quelles conditions je l'ai conçu.

En 1883, à ma clinique particulière de la rue Suger, j'avais deux femmes atteintes d'abcès du sinus. L'une avait été soignée antérieurement pendant 3 ans, l'autre pendant 4 ans sans résultat. J'appliquai le traitement ordinaire avec la conviction de ne pas réussir.

Le hasard est en médecine un grand maître, et une 3e malade se présenta avec un gonflement énorme de la joue gauche et du cou jusqu'à la clavicule. Jamais je n'avais vu de tumeur plus grosse et je pensais à quelque grave abcès dentaire. Cependant cette femme, âgée de 38 ans, ne souffrait pas ou peu, elle n'avait pas de fièvre, et n'était gênée, somme toute, que par sa dimension exagérée.

En examinant la bouche, qui s'ouvrait très facilement, je vis des dents superbes. Une seule manquait, c'était la 2e molaire supérieure. Avec une sonde, je touchai l'alvéole pour voir s'il ne restait pas quelque racine. Au fond je sentis un corps mou, élastique. En le piquant même fortement, je ne déterminais aucune douleur ni aucune hémorrhagie. Je pensais à quelque corps étranger, et au moyen d'une érigne, je tâchais d'en avoir un morceau. En effet, au bout de mon instrument, je trouvai quelques filaments d'ouate. A plusieurs reprises, je recommençai l'opération et chaque fois je retirai de l'ouate. Cette femme voulut bien alors me raconter son histoire.

Dix-huit mois auparavant, souffrant de cette molaire, elle était allée la montrer à un dentiste qui lui conseilla de la faire enlever. Une fois l'extraction terminée, elle se rinça la bouche ; mais l'eau sortit en partie par son nez.

Elle fit observer la chose à son opérateur qui fut pris de frayeur et se mit à lui bourrer l'alvéole avec du coton. Mais le sinus était ouvert, tout naturellement, et il fallut tant de coton que

je pus en extraire gros comme une mandarine, qui, du reste, avait une odeur infecte.

Cette malade, bien bourrée d'ouate, ne souffrit plus jamais. Elle retourna chez elle et put boire à son aise sans rien perdre par le nez, pendant les 18 mois qui suivirent.

Après avoir débarrassé le sinus, inquiet sur les accidents qui pourraient survenir, j'envoyai cette femme à l'hôpital de la Salpêtrière dans le service du Dr Terrillon.

On lui fit deux lavages par jour, et au bout d'une semaine elle sortit parfaitement guérie. Je lui avais recommandé de venir me voir si l'ouverture laissait passer les aliments. Mais elle n'a jamais reparu.

Cette observation, très intéressante, me montra que le sinus n'est pas très sensible au contact des corps étrangers et je cherchai un moyen de l'aseptiser complètement et pendant longtemps.

A cette époque, M. Pasteur venait de publier ses recherches. Nous étions tous émus, nous, les élèves du Laboratoire, à cette démonstration philosophique, par l'expérience, que sur les êtres vivants les phénomènes chimiques ne sont produits que par d'autres êtres vivants. Quel problème nouveau que cette entrée de la maladie avec les microbes, et la défense de cette entrée qui a changé toute la chirurgie ! Il fallait évidemment suivre cette voie qui conduit toujours au salut.

Après quelques hésitations qui ne furent pas très longues, je pensai qu'il serait peut-être possible de remplir le sinus avec un corps aseptique, qui aurait en outre l'avantage de le mettre à l'abri du contact de l'air. L'ouate mouillée de substances telles que l'acide phénique ou autres, était certainement la plus commode. Mais je puis vous assurer, Messieurs, que j'avais peur. Si une portion d'os se nécrosait près du cerveau s'il survenait une inflammation très vive, si enfin tout cela ne servait à rien !

J'étais jeune et je convainquis une de mes deux malades qu'elle serait bientôt guérie. Je bourrai son sinus d'ouate phéniquée et je la revis tous les jours en attendant la douleur, la fièvre, bref un grand accident quelconque. Rien d'inquiétant ne se produisit. Le 3e jour, j'enlevai tout ce pansement qui avait une odeur infecte. La surface de l'ouate était recouverte de taches noirâtres ; elle était imbibée de ce pus qui sent le poisson pourri ; mais la malade allait très bien, elle n'avait pas souffert un instant.

Je lavai le sinus et fis un second pansement semblable au premier que je laissai pendant huit jours.

Les taches noires que je trouvai sur les pansements étaient formées par de petits morceaux d'os nécrosé. Je les préparai et le professeur Cadiat me dit que la chose était certaine. L'os était donc très malade et il fallait pour le guérir un traitement tout à fait spécial.

Après une semaine d'attente, j'enlevai encore le pansement. Il était un peu plus propre que le premier et je le remplaçai par de l'ouate phéniquée fraîche que je laissai quinze jours. Celle-ci était, quand je l'enlevai, partout très propre sauf vers l'ouverture du maxillaire, et vers celle des fosses nasales.

A ce moment je pensai que la malade allait bien et je lui fis faire deux injections par jour pour chasser les corps étrangers qui auraient pu s'introduire pendant la mastication. Elle put ainsi se soigner pendant dix jours : mais ensuite il lui fut impossible d'introduire la seringue. Elle ne fit plus rien, elle était guérie. Je l'ai revue plusieurs fois pendant les deux années qui suivirent. Elle n'a jamais rien eu.

Encouragé par ce succès, je soignai ma seconde malade qui guérit comme la première.

J'ai ensuite soigné 25 autres malades qui ont guéri de même, sauf deux qui ont disparu après que j'eus enlevé le premier pansement.

Enfin j'ai attendu 18 ans pour voir un accident. Jamais je n'ai rien contaté qui pût me donner la moindre inquiétude.

Il est inutile que je développe ici toutes ces observations. Je vais me borner à vous indiquer le manuel opératoire.

Lorsqu'un abcès du sinus est bien constaté, il faut être convaincu qu'il ne peut être guéri par les moyens ordinaires. On doit donc chercher à agir sur l'os malade par l'asepsie ; la nature que l'on a ainsi aidée produit un tissu cicatriciel qui dure indéfiniment.

Pour arriver à l'asepsie complète, le moyen que j'ai employé est jusqu'à présent le meilleur et le moins dangereux. Il suffit de remplir le sinus avec un corps élastique et mou, l'ouate, qui touche à ses parois et empêche l'arrivée de l'air. Mouillée d'une solution très légère d'acide phénique, elle devient à peu près aseptique. La solution phéniquée doit être légère pour éviter les accidents que l'acide phénique fort exerce sur la circulation. Il faut éviter les paralysies vasculaires qui ont fait perdre un doigt à d'assez nombreux opérateurs. Vous en connaissez certainement des exemples.

Pour arriver à remplir le sinus d'ouate on doit chercher la dent malade, début des accidents, et l'enlever si elle est toujours là. Quelquefois il s'écoule du pus par l'alveole. Mais on doit toujours avec un trocart traverser le fond de l'alvéole et passer dans le trou ainsi fait une lame de laminaire. Le lendemain la dilatation est très grande. Il faut la faire plus grande encore jusqu'à ce que l'on passe facilement.

On lave le sinus avec de l'eau phéniquée, qui sort parfois par le nez sans qu'il y ait lieu de s'en préoccuper.

Ensuite on place sur une tablette des morceaux d'ouate que l'on compte avec soin. On prend chaque morceau avec une pince, on le mouille avec l'eau phéniquée et on l'introduit aussi loin que possible en appuyant un peu. Chaque morceau est introduit à son tour, en avant, en arrière et dans tous les sens ; puis on compte ce qui reste pour avoir exactement le nombre de boulettes entrées dans le sinus. On appuie encore pour que l'ouate touche partout aux parois. Enfin on ferme l'ouverture avec un gros tampon imbibé de vernis.

Ce pansement doit rester en place pendant 2 ou 3 jours.

Ensuite on l'enlève et on le remplace par un autre fait de la même manière et que l'on laisse en place pendant dix jours. Il faut avoir soin de compter les morceaux d'ouate sortis pour être sûr de n'en pas laisser à l'intérieur.

Un troisième pansement doit rester pendant huit jours. A ce moment le malade est guéri. Mais s'il y a le moindre doute on peut faire un

quatrième pansement qui restera encore huit jours.

Il n'y a pas lieu de s'occuper du trou assez grand par lequel on a introduit l'ouate. Il suffit de faire matin et soir une injection pour enlever les corps étrangers qui peuvent être introduits, et huit jours après le trou est fermé au point qu'il est impossible d'introduire la scringue.

La cicatrisation est complète, il n'arrive jamais d'accidents.

Vous voyez, Messieurs, qu'il n'y a aucune difficulté opératoire. Vous pouvez être assurés de réussir toujours à guérir ainsi les abcès du sinus, et de rendre un énorme service aux personnes qui en sont atteintes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Admission gratuite des victimes des accidents du travail dans les hôpitaux

M. le professeur *Bousquet* (de Clermont), membre du Concours et du Sou médical, vient d'adresser à ses collègues, chirurgiens des hôpitaux de province, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de reproduire :

Messieurs et honorés collègues,

Plusieurs d'entre vous m'ont fait l'honneur de me demander quels avaient été les résultats obtenus à la suite de la réunion tenue à l'Ecole de médecine le 22 octobre dernier, dans laquelle nous avons essayé de poser les bases d'une action commune, destinée à faire cesser la spoliation manifeste que subit le corps médical, par suite de l'admission dans les hôpitaux, au tarif de l'assistance médicale gratuite, des victimes des accidents du travail.

Le procès-verbal de la réunion, publié par divers journaux de médecine, décidait tout d'abord qu'une commission se rendrait au ministère, pour présenter à qui de droit nos revendications, et demanderait à M. le directeur de l'Assistance publique « de vouloir bien engager les commissions administratives des hospices à se tenir dans l'esprit des décrets organiques qui les régissent, en se bornant à recevoir dans leurs établissements les indigents seulement ; elle le prierait, en outre, d'ordonner à ces commissions de spécifier dans leurs statuts, que tous les malades non indigents, reçus à titre onéreux, devraient acquitter les honoraires médicaux et aussi le prix des médicaments employés à leur usage. »

Copie de nos réclamations a été remise dès le 25 octobre, à M. Demagny, chef de cabinet de M. Waldeck-Rousseau, par M. le Dr Latouche, d'Autun, ami personnel de M. Demagny. Cette réclamation a donné lieu à une circulaire de M. Monod, directeur de l'Assistance publique, qui, à la date du 7 novembre, rappelle aux commissions hospitalières « que les hôpitaux sont faits pour les pauvres et que les gens aisés ne doivent y être reçus, à leurs frais, que très exceptionnellement et pour ainsi dire quand on ne peut pas faire autrement ; sans cela, les établissements publics, consacrés aux indigents, risqueront de dégénérer en maisons de santé. »

Puis, rappelant la circulaire du 10 août 1901, il recommande aux commissions administratives de n'admettre les victimes des accidents du travail que si elles sont munies d'un certificat médical émanant du médecin qui a donné les premiers soins, ou à défaut, du médecin de l'hôpital, constatant que l'hospitalisation s'impose à raison, soit de la nature de la blessure et des soins qu'exige le traitement, soit des mauvaises conditions d'installations personnelles du blessé, ayant pour conséquence l'impossibilité de le soigner utilement à domicile.

Relativement aux honoraires des médecins ou chirurgiens, M. le Directeur de l'Assistance publique estime que :

« Les médecins et chirurgiens ne doivent pas recevoir d'honoraires spéciaux pour les soins donnés à un hospitalisé quel qu'il soit. Un intérêt d'ordre supérieur exige, en effet, que tous les hospitalisés soient égaux devant le médecin ou le chirurgien de l'hôpital, et que ces praticiens ne puissent être soupçonnés d'avoir des motifs intéressés pour s'occuper plus assidûment de tels sujets plutôt que de tels autres. »

M. le Directeur de l'Assistance publique estime, en outre, que si on accordait aux chirurgiens le droit de réclamer directement des honoraires, aux payants ou aux responsables, il serait à craindre que ces chirurgiens ne vinssent à transformer l'hôpital en maison de santé. On ne saurait être plus gracieux à notre égard ; ce sont, du reste, là, des procédés auxquels nous ont habitués nos gouvernants et qui ne surprennent plus personne.

Cette circulaire, qui favorise le jeu des accapareurs du bien des pauvres, est donc peu faite pour nous donner satisfaction ; nous sommes cependant heureux de reconnaître que l'on a bien voulu rappeler aux commissions administratives que l'hôpital est fait pour les indigents et pour eux seuls, axiome que bien peu de gens semblent comprendre.

Relativement à la question des honoraires, nous ferons remarquer à M. le Directeur de l'Assistance publique, que nous sommes tous de son avis, le médecin non plus que les chirurgiens ne doivent pas recevoir d'honoraires des malades hospitalisés, mais à la condition formelle que ce soient des indigents et des indigents seulement que nous rencontrerons dans nos services. C'est exclusivement pour les pauvres que l'on a réclamé nos soins lorsque nous avons concouru pour entrer dans les hôpitaux, et ce sont les pauvres seuls, à l'exclusion des autres, que nous nous sommes engagés à soigner gratuitement.

Les conditions du contrat sont des plus nettes. Si donc l'une des parties contractantes manque à ses engagements, l'autre se trouve libérée, *ipso facto*, de toute contrainte. Or, que fait l'Etat, que font les Commissions administratives lorsque, pour un motif plus ou moins avouable, ils ouvrent les salles des hôpitaux à ceux qui ne sont pas indigents ? Ne modifient-ils pas le contrat librement consenti par l'Administration et le Corps médical et cela sans même consulter ce dernier ? Des deux intéressés, l'un s'arroge le droit de faire ce qui lui plaît, « *quia nominor leo* », sans doute, et l'autre n'aurait qu'à s'incliner ! En toute justice, devant cette manière d'agir, nous reprenons notre liberté et nous avons le devoir absolu d'exiger le recouvrement de nos honoraires, jusqu'à ce qu'on nous ait montré un

texte qui nous oblige à soigner gratuitement tous les citoyens.

Un autre résultat de notre réunion a été de mettre la question à l'ordre du jour de tous les Syndicats et de toutes les Sociétés médicales qui s'occupent des intérêts professionnels. Sur tous les points du territoire les médecins se sont préoccupés, à juste titre, de défendre leur patrimoine et de s'opposer aux dommages que nous cause l'application mal entendue de la loi de 1898. Nombre de confrères ont essayé d'agir sur les commissions administratives des hospices, et les ont priées de modifier leurs statuts de manière qu'il soit bien entendu que les patrons devaient acquitter les honoraires des chirurgiens traitants, dans le cas où un de leurs employés blessé entrerait à l'hôpital. Dans certaines localités, toute satisfaction a été donnée aux chirurgiens ; dans nombre d'autres, les administrations sont restées sourdes à nos réclamations. Ceux qui connaissent la composition des Commissions administratives ne seront pas surpris de ce résultat. Certes, les membres de ces Commissions sont, en général, gens des plus estimables et de l'honorabilité desquels on ne saurait douter ; mais ils ont, au minimum, l'esprit de combativité ; aussi n'est-il pas surprenant de les voir se dérober, dès qu'on leur demande de modifier leurs habitudes antérieures, et surtout de faire acte d'initiative.

Récemment, à la réunion annuelle des membres du *Concours médical*, notre distingué confrère, M. le Dr Lande, a annoncé que la Commission des hôpitaux de Bordeaux allait modifier ses statuts, et il s'est engagé à nous faire connaître le texte de ces modifications : il sera dès lors possible de se baser sur ce texte nouveau pour revenir à la charge auprès des commissions récalcitrantes.

A Marseille, grâce à l'initiative de notre excellent collègue, le Dr Reynès, chirurgien des hôpitaux, la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de cette ville, présidée par M. le Dr Boy-Tessier, a dans deux séances successives (9 et 16 novembre 1901), déclaré « adhérer au mouvement créé par la réunion du 22 octobre 1901, et décidé d'envoyer une protestation à M. le ministre de l'Intérieur et à M. le directeur de l'Assistance publique ». Le Syndicat médical des médecins de Marseille, se plaçant au point de vue de l'équité, de la saine administration du bien des pauvres et des intérêts bien compris de la classe ouvrière, a voté, dans son assemblée générale du 19 décembre dernier, un ordre du jour pour protester contre l'entrée, dans les hôpitaux, des malades payants et aussi de ceux couverts par la loi sur les accidents du travail ».

Nantes, Bordeaux et nombre d'autres villes suivent aussi le mouvement qui, j'en suis persuadé, augmentera rapidement. Néanmoins, le moment n'est pas encore venu de désarmer, de chanter victoire, ni de nous endormir sur des lauriers hélas ! absents. Plus que jamais, nous devons essayer une action commune. De toutes les correspondances que j'ai entretenues avec les confrères, de tous les avis que j'ai recueillis, il me semble se dégager que nous devons tout d'abord concentrer nos efforts du côté des commissions administratives des hospices et exiger d'elles que l'hôpital, comme le veut le règlement-type du 15 décembre 1899, soit exclusivement réservé aux pauvres et qu'il soit établi, par leurs statuts, que rien n'est gratuit pour quiconque n'est pas indigent, que tout payant ou tout malade couvert par un responsable doit rémunérer, à un prix déterminé et plus élevé que le chiffre de la journée d'indigents, les divers services qui lui sont rendus, frais de pension, soins spéciaux, traitements hydrothérapiques, massages, opérations chirurgicales, les pansements, prescriptions pharmaceutiques, tout en un mot.

De plus, nous savons de source certaine que la loi sur les accidents ne sera pas discutée au Sénat, avant deux mois environ, nous avons donc le temps, chacun en ce qui nous concerne, d'agir sur nos sénateurs et de leur démontrer la nécessité absolue de modifier l'article 4, dans le sens où le leur présentera le Comité national permanent créé par le congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900, et l'Union des Syndicats.

En terminant, j'adjure mes collègues d'observer la plus grande prudence lorsqu'il s'agira de porter, devant les tribunaux, des revendications qui pourront leur paraître des plus justes. Certes, il n'est pas difficile de réunir, comme cela a été déjà fait, les textes d'un certain nombre de jugements qui nous ont été favorables, et avec M. l'avocat-conseil du *Sou médical*, nous espérons que les affaires soumises aux juges de paix continueront à être jugées conformément au bon sens, par ces juges d'équité, mais nous ne nous croyons pas suffisamment armés pour leur conseiller d'affronter les arrêts des Cours. Qu'ils aillent demander à ce sujet l'avis des gens compétents, et ils pourront facilement se convaincre, qu'en droit comme en maintes autres choses, du reste, il y a loin de la coupe aux lèvres.

Aux membres de l'Association Amicale.

Les recouvrements de l'Amicale sont terminés. Après le *Ouf* ! qu'il est inutile, je crois, de justifier, il me paraît nécessaire de causer quelques instants avec nos sociétaires et de leur faire part des réflexions que m'a suggérées la volumineuse correspondance que je viens d'échanger avec eux.

Tout d'abord, je dois les remercier des vœux qu'ils forment pour la prospérité de l'œuvre, des témoignages de sympathie qu'ils adressent à ceux qui ont mission de la diriger. Aucun encouragement ne saurait nous être plus précieux : nous sentons bien qu'en créant l'Amicale, nous répondions à un besoin véritable du corps médical et que nos confrères en font bien leur chose, qu'ils s'y intéressent, qu'ils l'aiment.

Je dois aussi personnellement les remercier des paroles aimables qu'ils adressent au Trésorier. Trop bousculé pour pouvoir leur répondre individuellement, je considère comme un devoir de leur exprimer ici toute ma gratitude, et de leur retourner bien cordialement les souhaits si gracieux qu'ils m'envoient.

Mais nous n'avons pas ici qu'à nous congratuler mutuellement ; il faut parler de nos affaires.

La plupart des Confrères qui font partie du *Sou médical* profitent de leur envoi à l'Amicale pour joindre leur cotisation au *Sou* — c'est parfait, et ce faisant, ils diminuent sensiblement la besogne du Trésorier, qui les en remercie.

Mais quelques-uns ajoutent la cotisation à l'*Association générale* — cela ne va plus du tout. Comment veulent-ils que je puisse faire parvenir ces cotisations aux trésoriers des Associations locales, que je ne connais pas et qui habitent à deux pas d'eux ? Il est bien étonnant qu'ils ignorent l'existence de la *Société locale* de leur département, au point de ne pouvoir demander à un voisin le nom de son trésorier. Je crois qu'il suffit de signaler la chose pour qu'elle ne se renouvelle plus.

D'autres confrères profitent de leurs lettres pour réclamer des documents divers, pour faire part de questions qui les intéressent à des points de vue différents — je ne puis que transmettre soit au *Concours médical*, soit au *Sou*, soit au secrétaire général de l'*Amicale* : ce sont de petits services que je rends bien volontiers, mais les intéressés doivent s'attendre à des retards inévitables qu'occasionne la transmission.

Des avis de maladie me sont encore transmis de temps à autre — je ne puis que répéter ce que j'ai déjà dit maintes fois, c'est-à-dire que la chose ne me concerne pas et que ces avis doivent être envoyés au Dr Jeanne, secrétaire général. En m'écrivant à moi, les confrères intéressés risquent des irrégularités dans leurs déclarations, compliquent ma besogne déjà suffisante, je les en assure, et occasionnent à la caisse des frais absolument inutiles.

Même chose se produit en sens inverse pour ceux qui envoient leur cotisation au secrétaire général. Est-il donc nécessaire de répéter que ce dernier a charge de la correspondance et que le trésorier est fait pour encaisser les cotisations ou effectuer les paiements ?

Quelques confrères qui ont des indemnités à toucher envoient leur cotisation, c'est chose inutile : le trésorier, en leur faisant l'envoi, joint leur quittance et en retient le montant, ce qui est beaucoup plus simple. Il leur est toujours facile de savoir si l'indemnité doit leur être versée, puisque le conseil d'Administration se réunit à la fin de chaque trimestre et statue sur tous les cas qui sont en règle.

Les cotisations sont exigibles au premier janvier et au premier juillet : c'est par tolérance et aussi par nécessité matérielle que les statuts ont accordé un mois pour leur encaissement ; pourquoi de nombreux confrères attendent-ils les derniers délais pour se libérer ?

Une modification aux statuts, votée l'an dernier, dit qu'à partir du 10, le trésorier peut faire recouvrer par la poste en majorant les quittances des frais de recouvrement. Le Trésorier est plus large, il donne jusqu'au 20. Mais les confrères qui n'ont pas fait l'envoi à cette dernière date doivent attendre le recouvrement postal. Il ne serait pas admissible qu'ils attendissent la présentation de la quittance par la poste pour la refuser et faire immédiatement leur envoi direct ; ils doivent savoir qu'à ce moment *ils doivent les frais de recouvrement*, et que leur cotisation envoyée au trésorier ne lui parvient plus exempte de tous frais ainsi que le veulent les statuts.

Il faut donc envoyer avant le 20 ou attendre la quittance par la poste augmentée des frais de recouvrement.

Pour ceux qui ont réclamé, d'eux-mêmes, le recouvrement postal, ce recouvrement s'effectue du 5 au 10 ; y eût-il quelque retard, ils n'ont pas à s'inquiéter, ils n'ont qu'à attendre : ils ne sauraient être suspendus de leurs droits en aucun cas puisque le retard, si retard il y avait, ne leur serait pas imputable.

J'ajoute d'ailleurs, qu'aucune suspension de droit ne peut désormais se produire, sans que la quittance ait été présentée par la poste à l'intéressé.

Les recouvrements postaux se font avec la plus grande régularité; cependant quelques quittances reviennent toujours impayées : le plus souvent c'est que le confrère absent n'avait pas donné d'ordres pour le paiement et qu'il a négligé de passer ensuite à la poste ; il peut lui arriver d'être suspendu, si le trésorier ne s'aperçoit pas de la chose pour lui écrire en temps voulu : tant pis pour lui !

Quelques très rares quittances reviennent aussi avec la mention *refusée* ; je prie mes confrères de ne pas se contenter de ce refus sans explication ; qu'ils écrivent la raison pour laquelle ils refusent. Certes, on ne les contraint pas à rester malgré eux dans l'Association, s'ils en veulent sortir...., mais peut-être pourraient-ils être aidés dans un moment de gêne passagère. Ils ne doivent pas oublier notre alliance avec l'Association générale, et l'un des principaux devoirs de celle-ci est de leur venir en aide le cas échéant.

Et maintenant que ma mercuriale est terminée, qu'ils me permettent de leur dire que la prospérité de l'œuvre continue à s'accentuer, que le nombre des membres approche de 800, que notre avoir atteint 175.000 francs et que l'an dernier, nous n'avons pas versé l'indemnité de droit à moins de 102 confrères !

Le Trésorier.
A. GASSOT.

Votre secrétaire général, mes chers confrères, éprouve le besoin d'ajouter un petit mot aux indications que vient de rappeler notre dévoué trésorier, et c'est surtout aux candidats qu'il s'adresse.

Pour être admis au 1er avril, par exemple, dans les rangs de l'Amicale, il est sage de faire sa demande aux premiers jours de février, et non pas le 15 mars, suivant une déplorable habitude de négligence trop fréquente chez nous.

Il y a en effet à suivre une petite filière de formalités qui exige quelque délai : la voici pour rafraîchir les mémoires infidèles.

Vous écrivez le 5 février : « Veuillez m'envoyer les statuts. »

On reçoit votre lettre le 6.

Le 7 ou le 8, les statuts vous sont adressés avec la formule d'adhésion.

Vous les recevez le 9 ou le 10. Le 11, vous retournez l'adhésion au secrétaire général, si vous êtes déjà convaincu de l'utilité de l'œuvre, mais ce sera le 15 ou le 16 seulement, si vous avez eu à faire votre opinion.

Vers le 20, le secrétaire général vous répondra par l'envoi des imprimés à remplir pour constituer le dossier.

Vous constatez alors : 1° que si vous n'êtes pas déjà membre de l'Association générale, il faut demander au président ou au secrétaire de la Société agrégée de la région, de vous y faire admettre sous le patronage de MM. les Drs X et Y. qui acceptent d'être vos parrains, et que votre

dossier doit contenir la preuve de cette démarche ;

2° Qu'il vous faut subir un examen médical dans un rendez-vous pris avec un confrère.

Tout cela, au fond, n'est rien pour qui serait inoccupé. Mais pour le médecin qui vit toujours ballotté par l'imprévu de la besogne quotidienne, c'est un nouveau délai de quinze à vingt jours peut-être à prévoir, si on ne veut rien négliger dans sa clientèle.

Et voilà comme quoi cinquante demandes qui nous sont adressées dans un trimestre, ne nous donnent à prononcer à la séance qu'elles visaient que trente adhésions. Vingt retardataires perdent ainsi le bénéfice de trois mois de participation, pour avoir oublié que :

Rien ne sert de courir, il faut partir à point.

L'an dernier, un de ceux-là s'est vu ainsi privé de l'indemnité qui lui aurait été acquise pour une belle fièvre typhoïde, 600 francs environ !

Conclusion. Puisque l'entrée dans l'Amicale est un acte de prévoyance, inspirons-nous donc des principes de celle-ci, dès la première heure, et joignons-y le goût pour l'exactitude qui doit régner dans la participation à toute œuvre de droit, de mutualité, d'assurance, comme celles qu'a créées le *Concours médical*.

Le Secrétaire général.
Dr Jeanne.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

d'Intérêt professionnel.

Société médicale du VIe arrondissement de Paris.

Discours du Dr Paul Petit, *président, au banquet annuel.*

Messieurs, en me levant pour vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, j'éprouve une émotion très réelle, très sincère et qui vous portera à excuser l'indigence de ma parole, l'expression beaucoup trop faible de ma reconnaissance.

Quand j'ai pris le poste que vous m'avez confié, je ne sais plus trop quel temps il faisait. Ce que je sais bien, c'est que, grâce à votre bonne volonté, je n'ai eu qu'à mettre la barre sous le bras pour vous conduire au loin et vous ramener ici, au port, au milieu des fleurs et des fruits, en ce pays de cocagne, arrosé de vins savoureux et royaume du Vatel de la rive gauche, où nous nous retrouvons tous les ans à pareille époque.

Messieurs, nous avons fait une heureuse campagne, mais il faut dire que notre équipage n'est pas ordinaire : chacun y prend le commandement à son tour, sans distinction des titres acquis par ailleurs, et, sa période terminée, reprend tranquillement sa place dans les rangs, comme je vais le faire, ne gardant de son pouvoir éphémère qu'un souvenir charmant, exempt d'amertume et de regret, et tout prêt à assurer son concours le plus dévoué à qui lui va succéder. C'est ainsi que nous pouvons voir, parmi nos simples matelots de port, non seulement de nos anciens capitaines, et des plus fameux, mais des hommes comme M. Dromain, M. Verchère, qui ont tenu en mains toute l'escadrille des sociétés d'arrondissement de Paris, voire même des grands chefs de la flotte officielle.

Messieurs, si l'on veut synthétiser votre action ou tout au moins vos tendances au cours de notre voyage (car, à mon gré, nous n'avons pas assez agi), on en arrive à cette formule : défense énergique, intransigeante de vos droits, soutenue par le souci de l'exercice intégral de vos devoirs ; et il faut s'en réjouir, Messieurs, car s'il n'est rien de plus ridicule, de plus stérilisant que le *respect humain*, c'est-à-dire le faux orgueil, la fausse honte, il n'est rien de plus respectable, de plus élevé que le respect de soi-même et des autres.

En abordant les questions d'hygiène, relatives à la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis, vous avez témoigné de votre souci de l'intérêt général et de l'actualité, que parfois même vous avez devancée, car n'oubliez pas que vous vous êtes occupés de la cocaïnisation lombaire bien avant l'Académie, que les conclusions de la docte assemblée furent à peu près celles de votre rapporteur et que si elles eussent été adoptées par le corps médical, nous n'aurions pas aujourd'hui le regret de voir deux de nos collègues les plus en vue aux prises avec un romancier sans moralité, bien plus apte à juger les turpitudes des chambres de bonnes que l'état d'âme d'un chirurgien. — Faut-il vous rappeler, Messieurs, vos discussions sur *l'encombrement médical* et l'intérêt que vous avez pris, par une suite toute naturelle, aux questions de prévoyance et d'assistance mutuelle, j'entends parler de celles qui ne vous en donnent que pour votre argent et ne vous demandent pas, en retour, un peu de votre dignité professionnelle? — Entre temps, vous avez accordé une larme à la recluse de Poitiers, relevé par un ordre du jour indigné les indiscrétions commises à l'égard d'une jeune reine, qui pour être reine, n'en était pas moins femme, et déclaré d'une façon définitive que le meilleur vaccin n'était plus celui du coin du boulevard. — Avec un de nos plus habiles rhinologistes vous avez pénétré dans les méandres des sinus frontaux, par des brèches savantes, inconnues jusqu'à nos jours et, mis en goût par les révélations d'un autre de nos confrères sur les purulences de la plèvre, vous attendiez avec impatience sa communication annoncée sur les tumeurs fantômes ; mais cette promesse devait s'évanouir comme une ombre ; l'essence même des fantômes étant de n'être pas réalisables, et notre confrère, qui n'y pouvait rien, a tenu à vous en consoler en vous offrant ce soir ce menu spirituel (parodie de la fameuse « leçon d'anatomie ») où se trouvent plaisantés les faits du jour. Vous y voyez, au premier plan, M. Depasse, lui-même, entouré des hommes les plus connus de notre Société, égrenant, d'une main sûre, les mystères d'une avariée numérotée, au-dessus même des plats que vous venez de déguster. Ainsi peut-on voir dans quelqu'ancienne sculpture un généreux donateur, placé par la reconnaissance de l'artiste en compagnie de saints personnages.

Mais, Messieurs, ce qui vous a le plus passionné, c'est la poursuite de l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens et je tiens précisément à faire remarquer qu'il n'est point d'années où nous ayons reçu plus de pharmaciens dans notre société. Qu'est-ce à dire, si ce n'est qu'en demandant à être des nôtres, ils s'affirment comme d'honnêtes praticiens, décidés à se renfermer

strictement dans leurs fonctions et, par suite, à devenir nos amis ?

M. le Président, vous avez de rares qualités dont vous nous ferez bénéficier ; vous ne vous contentez pas d'être un chirurgien éminent, vous êtes aussi un érudit et nous avons tous pu apprécier ici, alors que, par bonheur, vous preniez part à une discussion, la droiture de votre jugement et la justesse de vos observations. Votre discours, quand vous vous animez, devient une cascade aux eaux vives, qui chante dans un rayon de soleil et, avec vous, nous sommes sûrs de ne pas nous ennuyer.

Mais si, dans le bouquet de collègues triés sur le volet, qui compose votre bureau, vous représentez la fleur du milieu, votre entourage n'est pas négligeable.

Pour tout médecin français, soucieux des gloires de son pays, le nom de Récamier jouit d'un singulier prestige, et si le grand-père qui, avant d'être le chirurgien d'immense envergure, fut l'un des héros du « Ça ira », pouvait revenir sur terre, il ne serait point mécontent de son petit-fils. — Pour ma part, je considère comme un des jours heureux de ma vie celui où il m'offrit de collaborer avec lui, dans ce petit hôpital St-Michel où se pressent les malades, attirées par son talent chirurgical, son honnêteté professionnelle et sa grande bonté.

Que vous dirai-je de Boissier ? En dehors de ses éminentes qualités de praticien et de l'intérêt que doivent nous inspirer ses efforts soutenus pour la solution de l'un des plus graves problèmes sociaux, celui de l'alcoolisme, vous avez tous subi, comme moi, le charme de cette parole, toujours si claire, si précise, si bien appropriée à la pensée et qui témoigne chez lui de ce « juste sentiment de la mesure, de cette parfaite possession de soi-même, qui font les bons présidents ». Sa bienveillance native me rappelle ce mot de Vauvenargues : que si le savoir-vivre est une science, la politesse est une vertu qui vient du cœur.

Qui se pourrait douter, Messieurs, que derrière cette physionomie tranquille et douce de votre nouveau secrétaire général, et sous cet œil bleu d'artiste d'un autre âge, où se mirent des reflets gothiques, se pouvait dissimuler une âme assez noire pour vouloir trancher les jours d'un discours présidentiel avant même qu'il ne soit né ? En effet, Messieurs, ce matin, dès la première heure, je recevais une lettre pressante de notre collègue dans laquelle il m'invitait avec insistance à n'être point ennuyeux ; me faire une pareille invitation, c'était me condamner au silence et j'étais trop respectueux de la tradition pour ne point ouvrir la bouche avant de rendre l'âme. Mais, rassurez-vous, Monsieur le Président, le Dr Amelet est en général un homme bien intentionné, et il ne s'agit que d'un éclat passager à l'adresse d'un de ses intimes.

M. Pruvost, notre trésorier, est notre ami à tous. Sous son habile direction, nos finances ont prospéré au point que nous ne saurions plus que faire de notre argent si l'exercice illégal de la médecine n'était là pour en trouver le placement.

Le rôle de nos secrétaires ordinaires n'est pas moins ingrat. Prendre intégralement la suite des séances, réclamer les mémoires et n'avoir point de cesse qu'ils ne soient obtenus, voilà certes qui est bien méritoire. Aussi devons-nous être très reconnaissants à ceux qui ont assumé pareille tâche et à leurs successeurs.

J'en ai fini. *Quidquid præcipies, esto brevis*, a dit Horace, et Laïus, lui-même, père d'Œdipe, me trouverait bien verbeux.

M. le Président, la mer est belle, le vent favorable et le ciel pur ; vous êtes grand largue alors que j'étais au plus près du vent, et ne risquez point, comme moi, de faire l'hydrographie avec votre quille, car, ainsi que je vous l'ai dit, vous avez du fond, nous le savons et nous comptons bien que, dès le premier jour, vous mettrez le cap sur l'archipel des abus. En vous cédant ma place au banc de quart et, avec joie, car vous y ferez bien meilleure contenance, je me demande, non sans mélancolie, si j'ai bien répondu à ce que l'on attendait de moi. Je ne puis convier nos collègues à monter au Capitole, car nous n'avons pas fait grand'chose, nous nous sommes bornés à flirter avec les questions à résoudre et je ne me reconnais qu'un mérite, c'est de leur avoir donné conscience de leurs forces, et en assurant constamment l'ordre du jour, de leur avoir fait prendre goût à nos séances. En ne manquant pas d'en présider une seule, durant l'année dernière, au moins ai-je tenu à démontrer tout le prix que j'attribuais à mes fonctions. — Je ne vous cache pas que je suis de ceux qui croient que « c'est arrivé » et cet état d'esprit, à mon sens, est indispensable à la bonne conduite de toute chose.

Messieurs, il est possible qu'entre moi et quelques-uns d'entre vous, il se soit produit quelques divergences, mais n'est-ce point en prenant des chemins différents que l'on découvre les pays nouveaux ? En tout cas, sur les questions capitales, nous avons toujours été d'accord, surtout en ce qui concerne nos relations réciproques, car si tous nous estimons que la bonté est la plus haute faculté de l'âme, nous ne saurions comprendre qu'elle ne pût s'accorder avec le plus noble des sentiments, celui de l'honneur.

« L'humanité dans son ensemble », a dit un penseur morose (que l'organisateur de ce joyeux banquet mettrait certainement à la porte), « offre un assemblage d'êtres bas, égoïstes, supérieurs à l'animal en cela seul que leur égoïsme est plus réfléchi ». Mais ces paroles, messieurs, ne sont point faites pour nous décourager, et, nous libérant des « liens de fer de cette société mesquine et condamnée à une irrémédiable médiocrité », nous ne voudrons jamais voir, nous autres médecins, que ce qu'il y a de bon et d'élevé, et surtout y atteindre.

Soyons actifs, messieurs, et surtout soyons pratiques. Ayons la foi dans les grandes idées et appliquons-nous à les réaliser ; il n'est point de bonne graine semée dans un bon terrain qui ne germe ; habituons-nous à conclure et à passer de la parole aux faits.

En terminant, je lève mon verre à la Société du VIe arrondissement de Paris, à la poursuite de son idéal sans cesse grandissant de solidarité professionnelle et sociale. — Je bois à la véritable confraternité, c'est-à-dire à la disparition de l'esprit d'invidualisme, au triomphe de la collectivité médicale.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les récentes distinctions accordées, nous relevons les noms des membres du « Concours » suivants :

Officier de l'instruction publique. — M. le docteur Brohon, de Paris.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Sabatié, de Paris, et Bouhin, d'Esbarres.

Chevaliers du mérite agricole. — MM. les docteurs Duputel, de Rouen, Ledé, de Paris et Olivier, de Sevignac-des-Leyches.

Médailles d'argent des épidémies. — MM. les docteurs Reynaud, de St-Etienne, et Binet, de Paris.

Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Election du Délégué des Syndicats au Conseil de la Mutualité. — M. le Dr Gairal (de Carignan, Ardennes), vice-président de l'*Union des Syndicats*, a été désigné par celle-ci comme candidat à la succession de M. le Dr Le Baron. Connaissant les idées de M. Gairal sur la matière, ainsi que sa ténacité et sa chaude parole, nous croyons qu'il ne pouvait être fait un meilleur choix ; et il est probable que les suffrages se porteront en masse sur ce nom qui vaut tout un programme.

Société médicale des Praticiens. — Le bureau de la Société médicale des Praticiens est composé de la façon suivante, pour l'année 1902 :

Président : Dr Paul Archambaud, 21, rue Cujas.
Vice-Présidents : Dr Mercier, Dr Le Bayon.
Secrétaire général : Dr Barlerin.
Secrétaires des Séances : Dr Sellerier, Dr Foveau de Courmelles.
Trésorier : Dr Kortz ;

La société se réunit le 3e vendredi de chaque mois, à 9 h. du soir, à l'Hôtel des sociétés savantes.

Les Malades payants des Hôpitaux de Bordeaux. L'Administration des Hospices étudie en ce moment les moyens de faire payer par les malades non indigents des hôpitaux les frais médicaux et chirurgicaux. Le tarif des opérations serait le tarif girondin élaboré il y a deux ans par les groupements médicaux de la Gironde pour les blessés du travail. Il résulte des statistiques faites par l'Administration des Hospices que pendant le cours de l'année dernière il y a eu 10.000 malades environ qui ont reçu des soins à l'hôpital St-André ; sur ces 10.000 malades, 1800 étaient des malades payants. Il faut ôter de ce chiffre 400 malades dont les communes payaient les frais d'hospitalisation, restaient 1400 malades susceptibles de payer leurs frais de maladie ou d'opérations, qui ont reçu gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux. L'Administration et la municipalité justement émues étudient les moyens de faire cesser ces abus.

(*Gazette hebdomadaire de Bordeaux.*)

Cours. — Vendredi dernier, M. le Prof. Landouzy a brillamment inauguré, devant une nombreuse assistance, ses cliniques de pathologie interne. Il les continuera les mardis et vendredis suivants à 10 h., dans l'amphithéâtre de clinique médicale de l'Hôpital Laënnec.

Conférences publiques d'Internat. — MM. Chevassu Dupuy, Hitz-Boyer, Lemierre, Lourte, Pécharmant, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat le vendredi 7 février, à 2 heures 1/2, à l'Amphithéâtre Cruveilhier (Ecole Pratique) et les continueront les vendredis suivants à la même heure.

La limite d'inscription pour la 1re partie du 3me doctorat est fixée au 18 février.

Concours d'Internat. — *Anatomie.* — Séance du 25 janvier. MM. Chaignot, 6 ; Leduc, 6 ; Demanche, 6 ; Fayolle, 6 ; Desmoulins, 7 ; Fabre (J.-M.-J.), 6 ; Lavenant, 9 ; Siegel, 6 ; Zeutler, 9 ; Guimbert, 7. Absents : MM. Peillard, Berneuil, Legueule.

Pathologie. — Séance du 27 janvier : MM. Camus (Paul), 8 ; Poupardin, 9 ; Perreaux, 9 ; Sari, 5 ; Renaud, 8 ; Labadie-Lagrave, 8 ; Patry, 7 ; Muret, 12 ; Français (H.), 10 ; Devé, 9. Absents : MM. Fabre (Eug.) ; Marniger.

Anatomie. — Séance du 28 janvier : MM. Laborde, 9 ; Hautant, 11 ; Lemaire (P.), 11 ; Duval, 9 ; Pathault, 8 ; Désarnault, 9 ; Philibert (A.), 7 ; Dramard, 5. Absents : MM. Bruig, Célerier, Rigollot, Simonnot.

Pathologie. — Séance du 28 janvier : MM. Fernot, 8 ; de Fourmestraux, 8 ; Masson (Alb.), 10 ; Ertzbischoff, 11 ; Sautelet, 8 ; Le Jemtel, 9 ; Jouhaud, 10 ; Lemaistre, 7 ; Levassort, 8. Absent : M. Naudrot.

Anatomie. — Séance du 30 janvier : MM. Rottensteim, 9 ; de Martel, 7 ; Pelletier, 7 ; Gaultry, 5 ; Durand (Léon), 4 ; Jacobsen, 7 ; Gayot (L.), 7 ; Da Silva Paranhos, 10 ; Cottard, 4 ; Belgodère, 4. Absent : M. Savornin.

Présentation d'appareil à l'Académie. — M. Ch. Monod : *Le thermoplasme électrique*, imaginé par le Dr Larat, utilise l'électricité pour chauffer une compresse souple pouvant se mouler sur toutes les parties du corps. L'intérêt de ce petit appareil apparaît de premier abord : il permet, en effet, d'appliquer la chaleur à une température absolument constante et dont on peut, à volonté, régler le degré entre 40 degrés et 100 degrés centigrades. Toutes les applications médicales de la chaleur étaient jusqu'ici essentiellement temporaires : les compresses, les sacs d'eau chaude, de sable, les cataplasmes, etc., se refroidissent rapidement, si bien que le temps pendant lequel ils agissent utilement est, en réalité, très court. A supposer que la chaleur réglée et constante ait sur la chaleur non dosée et passagère une supériorité thérapeutique, ce qui ne semble pas contestable, il nous paraît que l'appareil que voici constitue un progrès remarquable.

Le thermoplasme se compose de deux parties distinctes, une compresse chauffante et une boîte de réglage dans laquelle une manette et une série de contacts permettent de passer progressivement de 40 à 100 degrés. Une petite lampe témoin s'éclaire dès que le courant passe, et augmente de clarté à proportion de la chaleur développée dans la compresse.

Cette dernière est montée sur un fil souple, et il est facile d'appliquer *loco dolenti* le coussinet chauffant, le soir en se couchant, pour le garder toute la nuit sans que la température varie aucunement.

Les indications de cet appareil, dont le seul inconvénient est de ne pouvoir fonctionner économiquement que là où se trouve l'éclairage électrique, sont aussi variées que nombreuses, puisqu'il peut être employé dans tous les cas où les applications chaudes sont utilisées : rhumatisme, névralgies, coliques, etc.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4787. — M. le docteur Courmontagne, de Gamaches (Somme), présenté par M. le docteur Jeunet, de Mers (Somme).

N° 4788. — M. le docteur Lamoureux, d'Oulchy-le-Château (Aisne), présenté par M. le Directeur.

N° 4789. — M. le docteur Poncet, de Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise), membre de l'Association des médecins français.

N° 4790. — M. le docteur Farines, de Beuzeville (Eure), membre de l'Association Amicale et du Sou Médical.

N° 4791. — M. le docteur Cruzu, de Nice (Alpes-Maritimes), membre de l'Association amicale et du Syndicat des médecins de Nice.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Cochery, de Paris, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 7 15 FÉVRIER 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'élection au Conseil supérieur de la mutualité

La mort du Dr Le Baron laisse vacant, encore une fois, le siège du délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité.

On connait dès longtemps l'appréciation du *Concours* sur la présence d'un des nôtres dans ce Conseil. Isolé au milieu d'une majorité hostile et toujours prête à nous sacrifier à ses théories ou à des intérêts mal déguisés, il ne peut que formuler de temps à autre de vaines protestations. En deux mots, il ne peut rien.

Peut-être, d'ailleurs, n'est-il pas mauvais qu'il en soit ainsi : d'une part, il rappelle à ses collègues ahuris que nous ne nous laisserons pas faire et, d'autre part, il nous sauve de compromissions qu'un accueil meilleur eût peut-être fait accepter de certains — car nous, médecins, nous sommes toujours disposés à faire aux idées humanitaires les sacrifices les plus grands, fussent-ils les plus absurdes.

Le Corps médical n'est pas hostile au mouvement mutualiste, il l'a prouvé d'ailleurs ; mais il n'entend pas être exploité sous le masque de la mutualité, et il se considère comme exploité lorsqu'on lui impose des rabais sur ses prix, lorsqu'on admet des capitalistes dans les Sociétés mutuelles, qui ne sont pas faites pour eux..... et notre délégué est là pour dire que *nous ne marcherons pas*, au grand scandale des philanthropes, qui font de l'humanité et de la propagande électorale sur notre dos.

Il fut un temps où le médecin crut devoir prendre une part active à la création des Sociétés mutuelles : il payait de son temps, de sa peine, de son savoir et souvent aussi de sa bourse — quelle reconnaissance lui en a-t-on montrée? Des gens, qui croient avoir beaucoup fait parce que, chaque année, ils versent vingt francs ou même moins à une mutualité quelconque, n'ont eu que du mépris pour celui qui payait de sa personne, pour ce salarié qui prétendait élever la voix.

Ce temps est passé.

Les mutualités ont le droit d'admettre qui elles veulent. les petits peuvent être exploités par les gros — cela est leur affaire, cela ne nous regarde pas, nous n'avons pas à intervenir dans leur organisation, ni dans leur fonctionnement ; nous disons simplement que nous ignorons les mutualistes, que nous ne voulons pas les connaître, que nous les soignons comme nos clients ordinaires et aux mêmes conditions.

C'est là le seul langage, qui puisse convenir à l'élu des Syndicats médicaux ; c'est le seul qu'il devra tenir au Conseil supérieur de la mutualité.

Et c'est dans cet esprit, que nous éduquerons les électeurs qui prendront part au scrutin du 23 février.

A. GASSOT.

P. S. — Les Présidents des syndicats médicaux viennent de recevoir les lettres suivantes :

Paris, 8 février 1902.

Mon cher confrère,

Proposé aux premières élections, comme candidat au Conseil supérieur de la mutualité, en

1899, par un certain nombre de confrères de Paris et des départements, j'ai obtenu 12 voix contre 35 au docteur Pouliot, ma candidature ayant été posée au dernier moment.

Aux élections de 1900, je me suis retiré devant le docteur Le Baron, que j'estimais apte à remplir ces fonctions mieux que tout autre.

Aujourd'hui, je pose ma candidature de nouveau, et vous serai reconnaissant de la recommander à vos collègues du syndicat.

Vous trouverez, ci-jointe, l'énumération des quelques titres qui me permettent de me présenter à vos suffrages.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués,

Dr Paul Archambaud.

Candidature a l'élection au conseil supérieur de la mutualité du dimanche 23 février 1902.

Voici quelques titres à l'appui de ma candidature :

Membre du Syndicat des médecins de la Seine depuis dix ans.

Élu comme délégué par ce Syndicat pour voter lors de la première élection au Conseil supérieur de la Mutualité.

Secrétaire général, pendant cinq années, d'une Société de secours mutuels qui allouait à chaque sociétaire 3 francs par visite et lui permettait de choisir son médecin.

Ancien membre du Conseil d'administration de l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité de maladie.

Membre du *Concours médical.*

Membre de l'Association générale des médecins de France.

Président de la Société médicale des Praticiens de Paris.

Membre du Syndicat de la Presse médicale.

Syndic de la Presse scientifique.

Ex-préparateur de laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris.

Rédacteur en chef de la *Revue médicale*, organe de défense des intérêts professionnels.

Officier de l'instruction publique.

Je ne suis investi d'aucune fonction officielle, ce qui me permettra de défendre avec indépendance nos revendications au sein du Conseil de la Mutualité.

Je *soutiendrai* le libre choix du médecin par les mutualistes.

Le paiement à la visite et au tarif local pour les ouvriers.

Une rémunération suffisante des interventions chirurgicales.

Le refus du tarif ouvrier mutualiste pour les membres participants non ouvriers (commerçants, industriels, etc.).

L'admission avec voix consultative des médecins au Comité des Sociétés, lorsque ces dernières auront un ou plusieurs médecins attitrés.

La suppression de l'obligation pour les médecins de devenir membres honoraires des Sociétés de secours mutuels, etc.

Je *m'engage* à soumettre, avant la discussion, à tous les Syndicats, et à mes frais, (étant à la tête d'un journal, dont vous recevrez ces jours-ci un exemplaire), les projets de loi qui pourront être présentés par le Gouvernement au Conseil de la Mutualité.

Je me mettrai, d'autre part, à la disposition des syndicats désireux de soumettre des propositions au Conseil supérieur, et je m'engage sinon à faire triompher, du moins à défendre avec toute l'énergie dont je suis capable, nos revendications qui, malgré leur légitimité, sont, jusqu'ici, restées lettre morte.

Dr Paul Archambaud.
21, rue Cujas, Paris.

Mon cher confrère,

La mort si rapide et si imprévue du regretté Dr Le Baron rend vacant, au Conseil supérieur de la Mutualité, le siège réservé dans cette Assemblée aux Syndicats médicaux par la loi du 1er avril 1898.

Désigné par le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux comme candidat à l'élection qui doit lieu le 23 février prochain, j'ai pour devoir de venir exposer au corps médical dont je sollicite les suffrages, l'ensemble des réformes que je suis fermement résolu à soutenir et à défendre devant le Conseil supérieur, et qu'une longue pratique m'a démontrées parfaitement réalisables, tant dans l'intérêt des médecins que dans l'intérêt des Sociétés elles-mêmes.

Au premier rang de ces réformes, s'inscrit l'*élimination comme membres participants des gens aisés ou des sociétaires enrichis*, auxquels leur situation permet, en cas de besoin, de payer les médecins au tarif de leur clientèle ordinaire. Il est souverainement injuste, en effet, de permettre à des personnes peu délicates, et qui sont encore malheureusement trop nombreuses, de faire supporter à une collectivité, moyennant une cotisation infime, des charges auxquelles elles pourraient faire face elles-mêmes sans difficulté aucune, et de venir réclamer aux médecins, au nom d'une Société, des soins qu'elles seules seraient parfaitement en état de payer. C'est là un abus criant contre lequel nous devons énergiquement réagir, avec la certitude que nous finirons par obtenir satisfaction.

Tous nos efforts doivent tendre, en outre, à faire *régler les honoraires médicaux à la visite*, cette modification entraînant par elle-même celle de la *liberté laissée aux mutualistes de choisir leur médecin.*

Pour quiconque a étudié et suivi avec attention les discussions de la mutualité, cette question du tarif à la visite est une des plus délicates et une de celles qui rencontrent le plus d'opposition de la part des mutualistes. Pour le plus grand nombre, l'ennemi c'est le médecin : c'est contre lui qu'il faut se mettre en garde ! Et ils oublient qu'ils ne peuvent rien sans nous ; que nous sommes la base essentielle du fonctionnement de leurs associations, et qu'ils auraient, au contraire, grand intérêt à nous considérer comme leurs amis. Car, dans les cas, relativement rares, il est vrai, mais qui existent cependant, où ce tarif à la visite est appliqué, l'expérience, portant sur plusieurs années, prouve que ce tarif n'est pas plus onéreux que le tarif à l'abonnement, et qu'il offre l'immense avantage, en honorant le médecin en raison des soins donnés par lui, de laisser au sociétaire malade la liberté de choisir lui-même celui en qui il a confiance. Mais il faut reconnaître cependant que le tarif à l'abonnement qui, pour certains médecins, est exceptionnellement parfois rémunérateur, est celui qui a

de beaucoup la préférence des mutualistes, et que ce n'est qu'en leur apportant des preuves réitérées, et que nous possédons déjà, qu'il sera possible de leur faire graduellement admettre le tarif à la visite. La tâche est longue, difficile ; elle réclame beaucoup de mesure ; mais nous ne désespérons pas de la faire aboutir d'une façon générale, comme nous l'avons déjà fait aboutir localement, à la plus grande satisfaction des médecins et des Sociétés.

Une réforme à réaliser, que quelques Sociétés ont déjà adoptée, mais qui devrait l'être statutairement d'une manière générale est l'*admission des médecins dans les Conseils d'administration*. Il y a sérieux avantages pour tous à ce que les médecins soient appelés à participer à l'administration des Sociétés de secours mutuels. Toute suspicion de la part des mutualistes disparaîtrait, et les médecins eux-mêmes pourraient, en leur qualité d'administrateurs, arrêter souvent certains abus contre lesquels nous nous élevons aujourd'hui.

De même que les Français seuls sont admis à faire partie des Conseils d'administration des Sociétés de secours mutuels, de même nous estimons que seuls des médecins français, à l'exclusion absolue des médecins étrangers, doivent être admis à donner des soins aux membres participants de ces Sociétés. Les étrangers ne sont soumis ni aux obligations ni aux charges qui nous sont toujours si généreusement octroyées. Sans insister sur les garanties plus ou moins grandes qu'ils peuvent offrir au point de vue professionnel, il est anormal et contraire à toute justice qu'ils soient admis à participer à des services souvent subventionnés par les communes, les départements et l'Etat, et il y a lieu d'obtenir que les médecins français seuls soient appelés à donner des soins aux membres participants des Sociétés de secours mutuels.

Certaines réformes, la mention du diagnostic sur les feuilles de maladie, le traitement des affections vénériennes, par exemple, et d'autres de même genre, sont également à étudier. Au point de vue des intérêts professionnels proprement dits, elles peuvent être considérées comme d'ordre secondaire. Nos efforts doivent porter d'abord sur les deux points essentiels pour le corps médical, ceux qui présentent assurément le plus de difficulté : l'*établissement du tarif à la visite*, et l'*exclusion des Sociétés, comme membres participants, des mutualistes aisés*.

Le rôle du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur est de soutenir sans faiblesse ces justes réclamations. Sans froisser personne, sans se laisser rebuter par les fins de non-recevoir inévitables au début, il doit s'efforcer de faire comprendre que l'intérêt bien entendu des Sociétés comporte une entente complète avec le corps médical, qui ne réclame de son côté que la sauvegarde de sa dignité et des honoraires convenables, proportionnés à ses services.

Dr Gairal, de Carignan (Ardennes),
Vice-Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, Président du Syndicat des Médecins de Sedan.

LA SEMAINE MÉDICALE

Entéroptose et rein mobile.

D'après M. le Dr *Frantz Glénard*, dans le *Progrès Médical*, les caractères fondamentaux de l'Entéroptose, ceux qu'on rencontre à toutes les phases, du début à la fin de son évolution, sont les suivants :

Symptômes subjectifs : faiblesse ; malaise au mésogastre, maximum à 3 heures du soir ; aggravation par les graisses, féculents, crudités, le vin, le lait ; constipation ; insomnie médionocturne.

Signes objectifs : diminution de tension de l'abdomen, délimitation palpable du cœcum, épreuve et contre-épreuve de la sangle positives.

Le traitement comporte l'application simultanée des quatre agents fondamentaux suivants : sangle élastique, d'un modèle spécial, et aujourd'hui bien connu, qui est dans le domaine public, — laxatifs salins quotidiens, 7 grammes de sulfate de soude, et éventuellement 5 à 10 centigrammes d'aloès — régime carné, — bicarbonate de soude et, dans le cas de crises paroxystiques, bien que non calculeuses le plus souvent, cures usitées contre la lithiase biliaire.

Comme traitement adjuvant, l'hydrothérapie froide est sûrement et constamment efficace.

De tout ceci il résulte que le rein mobile, dans la maladie où on le rencontre le plus fréquemment, l'entéroptose, n'est qu'un épiphénomène sans valeur pathogénique. Les caractères considérés comme pathognomoniques : tiraillement, sensation de boule migratrice dans l'hypochondre droit, ont une origine intestinale : cæcum ou première anse du côlon ; dans les cas de rein mobile où on ne trouve pas les signes d'entéroptose, ou bien c'est qu'on les a mal cherchés, ou bien cette maladie existe à l'état latent, (période de début, de déclin ou de compensation), ou bien il s'agit d'une mobilité consécutive à une maladie propre du rein. Les indications opératoires du rein mobile sont les mêmes que celles du rein malade sans mobilité, de même les indications opératoires de l'entéroptose ne diffèrent pas de celles des affections digestives sans entéroptose.

L'entéroptose est admise aujourd'hui comme maladie spéciale, comme espèce morbide, dans tous les centres scientifiques. M. Glénard affirme, après quinze années de contrôle personnel, que cette interprétation pathogénique de certaines maladies indéterminées, parmi les dyspepsies ou névropathies, ou maladies déterminées à tort comme maladies causées par l'ectopie ou la mobilité des viscères, rein mobile, foie mobile, rate mobile, dilatation d'estomac, rend tous les jours dans la pratique, où cette maladie se rencontre fréquemment, d'incomparables services.

L'eau oxygénée en lavements contre la dysentérie des enfants.

M. le Dr *Rocaz*, de Bordeaux, relate dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, les résultats très encourageants que lui a donnés l'emploi de l'eau oxygénée, en deux ou

rois lavements quotidiens, chez les enfants atteints de dysentérie aigüe.

Il a employé de l'eau oxygénée à 10 volumes étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède.

Ces lavements antiseptiques étaient, autant que possible, précédés d'un grand lavement évacuateur. La quantité de liquide injectée dans le rectum était naturellement subordonnée à l'âge du malade, mais elle l'était encore davantage à la tolérance du gros intestin. Il est évident, en effet, que, pour être efficace, ce lavement doit être gardé le plus longtemps possible; il doit, en outre pénétrer profondément et, dans ce but, il est bon d'employer une sonde un peu longue, mais très souple, car il ne faut pas oublier, en effet, que le maximum des lésions dysentériques siège au niveau du rectum, et que tout traumatisme de cette région est très douloureux, sinon dangereux. Enfin, il est bon de faire coucher les malades après l'administration du lavement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le côlon.

Administrés avec ces précautions, les lavements d'eau oxygénée sont facilement supportés, ils ne provoquent aucune douleur, et M. Rocaz a pu en faire administrer une cinquantaine à une fillette de huit ans, sans qu'elle s'en fût jamais plainte.

M. Rocaz a communiqué les résultats suivants à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Sur une dizaine de malades de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, et contenu moins de pus et de sang ; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

M. Rocaz croit que les lavements d'eau oxygénée sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

Fièvre rémittente par migration testiculaire.

M. le Dr *Faraggi*, a publié dans les *Archives de Médecine des Enfants*, deux curieuses observations de fièvre nerveuse produite par migration testiculaire chez des enfants de sept à huit ans. Voici en quelques mots, la plus intéressante de ces observations :

« Le 10 décembre 1899, je suis appelé pour un petit garçon de sept ans en proie, me dit la mère, à une fièvre ardente et même du délire.

« Je trouve en effet le petit malade dans un état somnolent, les yeux demi-ouverts, répondant à peine aux questions que je lui adresse.

« L'enfant, très intelligent, répond par monosyllabes. Il a été élevé au sein, est d'habitude d'une parfaite santé, n'ayant eu qu'une légère grippe à l'âge de trois ans.

« J'examine le petit malade et ne trouve absolument rien dans aucun organe, sauf une légère rougeur de la gorge, disparue d'ailleurs le lendemain.

« Pas de signe de Kernig, ni de raie méningitique. Langue légèrement saburrale, température 39°6, pouls 140.

« Je prescris des bottes d'ouate et du taffetas gommé, plus une potion contenant 1 gr. 50 d'acétate d'ammoniaque et 20 gr. de sirop d'éther.

« Le lendemain, j'apprends par la mère que la nuit fut très agitée, avec une soif ardente ; mais à partir de deux heures du matin elle fut relativement calme.

« Le 11 décembre, je trouve le petit malade dans le même état, sauf une très légère rémission de la température, 38°,7, pouls 120 ; toujours pas d'autre signe.

« Je prescris 0 gr. 25 de calomel et 0 gr. 15 de jalap ; diète absolue. Eau d'Evian avec une petite quantité de champagne et, surtout, un bain de 33° toutes les quatre heures.

« Le soir du même jour, le thermomètre monte à 39°9 ; l'enfant se plaint de la tête, a des nausées, sans aucun autre signe me permettant de poser un diagnostic.

« Je fais baisser la température des bains à 30° ; je prescris des compresses froides sur la tête, des boissons glacées, toujours avec une petite quantité de champagne.

« Le 12 au matin, je trouve le petit malade un peu mieux, ayant passé une nuit relativement bonne, mais toujours avec une température élevée à 39°,9, pouls 140.

« J'examine l'enfant d'une façon minutieuse avec toute l'attention dont je suis capable, sans arriver à découvrir le moindre symptôme me permettant de fixer mon diagnostic.

« En percutant les fosses iliaques, je trouve du côté droit une tumeur grosse comme un petit œuf de pigeon au niveau du canal inguinal ; à ce niveau le petit malade accuse une légère douleur. Je constate également que le testicule droit était absent des bourses, ectopié dans le canal, de sorte que ma petite tumeur n'était autre que le testicule ectopié ; je n'attache pas une grande importance à cette ectopie testiculaire qui devait sûrement exister avant, si ce n'est pour attirer l'attention des parents.

« L'examen des urines est négatif, sauf le troisième jour qui donne un léger nuage qui disparaît de suite avec un peu d'acide : donc pas d'albumine, mais excès de phosphates.

« Cet état dure six jours avec de légères rémissions matinales ; l'état général est très bon. Comme traitement, bains de 36° toutes les quatre heures, lait, eau d'Evian avec très peu de champagne et un suppositoire de 0 gr. 20 de chlorhydro-sulfate de quinine le matin.

« Le septième jour, c'est-à-dire le 18 décembre la famille justement inquiète, me demande si je voulais bien m'adjoindre un confrère pour discuter sur le cas de l'enfant.

« Une consultation fut décidée pour le lendemain avec mon maître le Dr Comby, car, à cette époque, j'avais l'occasion de le voir tous les soirs pour une maladie d'un de mes enfants.

« Or, le 18 décembre, vers deux heures de l'après-midi, je reçus la visite de la mère me priant de venir voir et maitriser l'enfant, car depuis dix heures du matin, me dit-elle, il ne faisait que demander à manger.

« Je me rendis de suite auprès de lui et le trouvai assis tranquillement sur son lit ; dès qu'il me vit, il me demanda à manger.

« Je pris immédiatement sa température et à ma grande surprise je constatai qu'elle était de 36°,7.

« Craignant m'être trompé, je la repris séance

tenante et à trois reprises différentes avec deux thermomètres et constatai toujours le même degré. Le pouls n'était plus que de 70.

« Je ne vis aucun danger à alimenter mon petit malade avec des potages et un œuf ; à partir de ce jour tout alla bien ; température variant entre 36°,5 et 37°.

« Au bout de trois jours, l'enfant se portait admirablement bien. Depuis cette époque, l'enfant a eu deux crises du même genre, avec même cortège symptomatique, d'une durée de six jours ».

Ces faits sont rares, mais non exceptionnels ; il faut les avoir présents à la mémoire, dans les cas de fièvre intense, dont le diagnostic est obscur.

Les paralysies de la coqueluche.

D'après M. le Dr *Paul Valentin*, de Senlis, les paralysies ne sont pas très rares dans la coqueluche.

Ces complications surviennent surtout chez des malades du sexe féminin, et toujours dans des cas de coqueluche grave : que cette gravité se manifeste par l'intensité des quintes, ou qu'elle soit liée au mauvais état général du sujet, à des inflammations broncho-pulmonaires concomitantes.

Le début de ces paralysies peut être brusque ou progressif.

On observe à peu près tous les genres : monoplégies, hémiplégies, paraplégies, anesthésies, cécité, surdité.

Le pronostic est grave, 2/5 seulement des cas ont guéri complètement : 2/5 ont laissé des infirmités incurables ; 1/5 des cas ont abouti à la mort dans un délai plus ou moins rapide.

Les lésions constatées, en rapport avec ces paralysies, sont très variées : congestions cérébrales et méningées ; hémorrhagies méningées, cérébrales, médullaires ; ramollissements cérébraux, méningites tuberculeuses, névrites.

Ces paralysies ont pour point de départ pathogénique la toxi-infection de la coqueluche : l'action de l'effort, considérée par certains auteurs, comme jouant le rôle principal, n'est que secondaire et accessoire.

Influence de l'estomac sur l'état mental.

M. le Dr *Lucien Pron*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de l'influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques.

Dans cette patiente et intéressante étude, M. Pron montre, pas à pas, les liens intimes qui réunissent ces deux importants foyers d'activité.

Tout d'abord, dit-il, il ne faut pas oublier que l'estomac est relié anatomiquement au cerveau, directement par le grand sympathique et indirectement par la moelle. Cette union, permet de comprendre l'action que le plexus solaire, à l'état de santé et surtout à l'état de maladie (dyspepsie), exerce sur les fonctions psychiques. Chaque aliment imprime au plexus solaire une excitation qui lui est propre et qui est immédiatement transmise au cerveau. Le caractère et l'état psychique des divers peuples et des individus ne varient-ils pas avec leur genre d'alimentation ?

Inversement, le manque d'aliments produit chez l'homme sain, certains troubles légers ; chez certains dyspeptiques, dont la faim est exagérée, l'absence d'aliment rend le sujet incapable du moindre travail intellectuel et engendre de profondes modifications du caractère.

Le jeûne détermine l'apparition d'hallucinations et de cauchemars, se rapportant à l'acte de manger.

L'inanition, fait d'ordre général, est capable de produire le délire et la folie.

La dyspepsie, dont tous les symptômes si divers sont régis par le plexus solaire, et qui s'installe à la faveur d'un mauvais équilibre héréditaire du système nerveux, engendre des troubles psychiques sérieux, d'abord intermittents, puis continus.

Dans le domaine de l'âme affective, on note la tristesse, la mélancolie hypochondriaque, l'irascibilité, l'émotivité, l'angoisse, la peur de mourir, différentes phobies, l'excitation ou la froideur génitale, l'idée de suicide.

Dans le domaine de l'âme intellectuelle et volontaire, on trouve les cauchemars, les terreurs nocturnes, l'inattention, l'obnubilation intellectuelle, l'amnésie, l'aboulie, l'aphasie, le vertige, les hallucinations, les idées fixes, le délire aigu, la folie.

La théorie de l'auto-intoxication est insuffisante pour expliquer certains de ces troubles qui apparaissent ou disparaissent *brusquement* ; l'accord est du reste loin d'être fait sur la valeur à attribuer à la toxicité du contenu gastrique des dyspeptiques.

Au contraire, la théorie réflexe explique à peu près tous les phénomènes morbides ; elle est de plus d'accord avec l'invasion de la maladie et la marche de la guérison qui consistent essentiellement en phénomènes intermittents et périodiques.

Un traitement basé sur cette théorie et consistant surtout dans un régime alimentaire sévère, auquel on joindra, avec avantage, certaines règles d'hygiène, permet au plexus solaire de retrouver sa vitalité et son équilibre ; à mesure que les phénomènes gastriques s'amendent, les troubles psychiques diminuent d'intensité et de fréquence et finissent par disparaître.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur Hayem.

La gangrène pulmonaire.

La gangrène pulmonaire est une affection assez rare, dont cependant, à l'hôpital, on observe, de temps en temps, quelques cas types. Nous en avons précisément un, actuellement, dans le service.

Ce malade est un maçon, âgé de 42 ans, entré il y a une quinzaine de jours. Il répand autour de lui une odeur pénétrante, désagréable, atténuée toutefois, car elle était bien plus intense lors de son arrivée. L'apparence générale est misérable, le facies grippé, d'une pâleur terreuse, les yeux cernés. La température reste modérée, la fièvre, oscillant autour de 38°, est très irrégulière et subit des fluctuations quotidiennes arythmiques. La toux, incessante et quinteuse, s'accompagne d'une expectoration toujours abondante, bien que variable d'un jour à l'autre, semi-liquide, presque puriforme, mêlée de nom-

breux grumeaux, le tout exhalant une odeur fétide et rappelant nettement les matières en voie de putréfaction.

Le patient ne se plaint d'aucune douleur. Il s'alimente un peu, sans appétit il est vrai. Il est atteint d'une diarrhée opiniâtre et son ventre offre du ballonnement.

Notre attention se trouve ainsi immédiatement attirée sur la poitrine. Celle-ci, en arrière, apparaît asymétrique, le côté droit présentant à la partie supérieure une voussure légère, un élargissement des espaces intercostaux. A ce niveau la percussion dénote de la matité et l'auscultation révèle un souffle tubaire rude, éclatant et amphorique à la pointe de l'omoplate. La bronchophonie est manifeste, sans égophonie, sans râles, sauf dans l'aisselle, où s'entendent quelques gros ronchus sous-crépitants.

Dans la région sous-claviculaire correspondante, en avant du thorax, l'inspection découvre une saillie allongée, submate à la percussion, soulevant le muscle grand pectoral. Cette tumeur communique avec le poumon et augmente de volume avec les grands mouvements respiratoires, en raison du passage de l'air dans sa cavité : c'est un hématome consécutif à une ponction exploratrice récemment pratiquée par M. Monod. On trouve, de plus, au voisinage, vers la sixième côte, un empâtement douloureux, indice d'une périostite due aussi, je pense, au trocart chirurgical. Sur toute cette surface l'auscultation est actuellement difficile. mais nous savons, grâce aux examens antérieurs, qu'on y constatait le même souffle cavitaire qu'à la région postérieure. Ce souffle y était plus intense encore et tel fut d'ailleurs le motif pour lequel le chirurgien fit la ponction, sous la clavicule droite.

Tous ces signes stéthoscopiques sont ceux d'un ramollissement et d'une excavation du sommet du poumon droit. Le côté gauche du thorax est normal, l'auscultation n'y révèle aucune modification pathologique du murmure vésiculaire. Le reste de l'organisme est également sain, sans complication viscérale, sans œdème, ni albuminurie, ni diabète.

Antécédents héréditaires et personnels. Le sujet se souvient avoir perdu son père il y a longtemps. Sa mère est vivante et bien portante. Trois de ses frères et sœurs sont en bonne santé, deux ont succombé à la tuberculose. Sa femme est morte également de phtisie pulmonaire.

Lui-même, depuis déjà 2 à 3 ans, se sentait essoufflé. Il s'enrhumait facilement, sa poitrine etait sensible au froid. C'est, de plus, un buveur. Il prenait, tous les jours, environ 2 litres de vin, 2 absinthes et un verre de cognac au déjeuner de midi. Il s'est ainsi imprégné lentement et progressivement d'alcool. Toutefois, il n'offre aucun signe d'alcoolisme, aucun phénomène manifeste de cette intoxication chronique, pas de délire, pas de tremblement, etc.

Son affection actuelle date d'un peu plus de deux mois. Elle a débuté par de la toux accompagnée d'expectoration fétide, abondante certains jours surtout, une sorte de « rhume », dit-il, qui ne l'empêchait pas de manger. Malgré cela, l'alimentation était diminuée, il maigrissait et il est arrivé ainsi à l'état d'anémie intense où nous le trouvons aujourd'hui.

Quel diagnostic convient-il de porter chez notre malade ? Aucune hésitation, à vrai dire, n'est possible. La fièvre, les crachats fétides, le souffle, les signes d'auscultation et de percussion indiquent la présence d'une caverne pulmonaire consécutive à un sphacèle de la partie supérieure du poumon droit, survenu au cours d'une broncho-pneumonie. L'évolution de la lésion et les symptômes cavitaires pourraient faire penser à une caverne tuberculeuse gangreneuse, l'absence de bacille de Koch dans l'expectoration démontre qu'il n'en est rien.

Pour légitimer le diagnostic de gangrène post-broncho-pneumonique, permettez-moi de rappeler les caractères principaux de la gangrène pulmonaire en général.

C'est une maladie plutôt rare, se rencontrant à tous les âges, plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle exige, pour sa production, trois conditions morbides principales : *a*) une prédisposition de terrain ; *b*) une lésion pulmonaire ; *c*) l'action de certains germes.

1° Prédisposition de terrain. Toutes les causes de débilité et de déchéance organique sont à signaler, l'alcoolisme, le diabète, le mal de Bright ou, plus simplement même, la mauvaise alimentation. La nature de cette prédisposition est parfois obscure. Dans notre cas, on ne peut faire intervenir que l'alcoolisme chronique.

2° Lésion pulmonaire. Bien qu'il existe dans la littérature médicale quelques exemples de gangrène pulmonaire primitive, maladie probablement alors infectieuse et contagieuse, dans la grande majorité des circonstances, cette affection est consécutive à une lésion du poumon lui servant de base préparatoire. De toutes les altérations morbides du tissu pulmonaire, la broncho-pneumonie est celle qui donne le plus souvent lieu à la gangrène. On a dit que la pneumonie franche ne se terminait jamais par gangrène. Une telle affirmation est trop exclusive ; il existe même, une variété d'infection pneumococcique fibrineuse du poumon, forme dite disséquante, isolant les lobules, qui habituellement aboutit à un stade gangreneux. A part ces cas exceptionnels, la pneumonie franche aiguë est, d'une manière générale, à l'abri d'une semblable complication.

La broncho-pneumonie est la source par excellence de la gangrène pulmonaire et c'est par son intermédiaire qu'agissent la plupart des grandes infections de l'organisme. En tête de celles-ci, nous ignorons pourquoi d'ailleurs, se tient la rougeole, puis, assez loin derrière elle, la fièvre typhoïde, la grippe, maladie à tout faire, etc.

Après la broncho-pneumonie il convient de citer, parmi les lésions locales provoquant la gangrène, l'embolie pulmonaire. Certaines observations de Cruveilhier et de Duguet tendent à établir que toute embolie, septique ou non septique peut déterminer cette affection. Toutefois, l'embolie septique est beaucoup plus redoutable; très commune autrefois, elle a il est vrai notablement diminué d'intérêt aujourd'hui, grâce à l'antisepsie.

Citons ensuite la thrombose de l'artère pulmonaire, la tuberculose pulmonaire à la période cavitaire. Vous savez qu'il est fréquent, dans les vieilles cavernes bacillaires, de trouver des artérioles malades. Lorsque celles-ci s'obstruent, il en résulte volontiers de la nécrose et de la

gangrène des parois. Notons également la dilatation bronchique, où la même oblitération des vaisseaux a lieu quelquefois (gangrène curable).

D'autres altérations pulmonaires méritent encore d'être signalées. Par exemple, les nécroses méphitiques consécutives aux inhalations accidentelles de vapeurs spéciales (gangrène des vidangeurs), celles succédant aux plaies de poitrine, aux contusions du thorax, comme j'en ai publié un exemple type en 1873, aux traumatismes, aux corps étrangers des bronches, aux lésions de voisinage enfin, le cancer des ganglions du médiastin, en particulier, qui, après avoir déterminé une pleurésie putride, entraîne ensuite la gangrène du poumon.

Chez notre malade, étant donnée la présence d'un bloc pulmonaire pathologique et l'absence de bacille de Koch, la gangrène paraît s'être développée sur son substratum habituel, la broncho-pneumonie.

3° J'arrive maintenant au troisième élément étiologique, l'action des germes. En outre des notions précédentes de terrain et de lésion pulmonaire, il faut, pour qu'il y ait gangrène, l'introduction dans le foyer malade d'agents microbiens spéciaux. Les premières recherches sur ce sujet datent des études de Virchow qui en 1846, signala la présence de sarcines. Plus tard on décrivit des spirilles, puis un leptotrix pulmonalis. A cette époque, la microbiologie n'était guère avancée et il est nécessaire d'arriver aux auteurs contemporains pour trouver des indications véritablement précises. Un auteur italien, Bonomé, signala à la fois le staphylococcus pyogène et les saprophytes de la putréfaction. Le premier, il formula une proposition vérifiée dans la suite par tous les observateurs qui se sont occupés de la question : pour engendrer la gangrène, il faut une association de microbes différents, une symbiose bactérienne.

La gangrène pulmonaire, en effet, n'est pas, ou du moins tout porte à le croire, une maladie spécifique dont l'agent pathogène est unique et déterminé. Elle réclame, au contraire, la réunion de bactéries diverses, les unes aérobies, les autres anaérobies qui en se groupant augmentent leur virulence. Ces bactéries sont très probablement charriées jusqu'aux poumons directement, par la voie aérienne elle-même, l'inspiration physiologique amenant les microbes dans les organes respiratoires où il se fixent et qu'ils infectent.

La symptomatologie de la gangrène pulmonaire comporte des troubles généraux et des signes locaux. Nous les avons déjà passés en revue en examinant notre malade. Le fait capital, qui frappe le clinicien au premier abord, c'est l'habituelle disproportion entre l'état général du patient et les phénomènes révélés par l'auscultation et la percussion. Quelquefois, il est vrai, l'amaigrissement est peu marqué, mais en général le malade se présente avec un accablement intense, le facies jaunâtre, terreux, les narines poudreuses, la langue souvent sèche.

Autre signe caractéristique : l'expectoration toujours abondante et d'odeur pathognomonique. Son odeur est forte, pénétrante et elle donne à l'haleine une fétidité extrême, parfois assez violente pour incommoder une salle entière, dans un hôpital, ou se percevoir dans un escalier. Je me souviens, un jour, avoir pu sans hésitation diagnostiquer la gangrène pulmonaire en montant chez un malade, loin de sa chambre. L'expectoration est, de plus, inégale, très abondante à certains moments, relativement modérée ensuite. Dans le vase qui la contient, elle se sépare en trois couches superposées une superficielle, aérée, mousseuse, une moyenne albumineuse, et une inférieure formée de grumeaux constitués par de la graisse, des cristaux et quelques lambeaux de tissu pulmonaire. Tels sont les symptômes fonctionnels. Quant aux signes physiques, ils sont, on le conçoit, des plus variables suivant la nature de la lésion bronchique ou pulmonaire.

L'évolution de la gangrène est également assez irrégulière. Tantôt elle dure seulement 6 à 8 jours, tantôt elle se prolonge pendant des semaines et des mois. Notre malade est précisément un exemple de ces formes lentes avec coque pulmonaire simulant à s'y méprendre une caverne tuberculeuse gangreneuse. Le diagnostic doit en effet, non seulement établir la réalité de la gangrène du poumon mais encore, autant que possible, sa nature pneumonique, broncho-pneumonique, bronchitique, pleurétique, etc. La fétidité pathognomonique et l'abondance spéciale de l'expectoration jointe à une intensité anormale des phénomènes morbides généraux indiqueront qu'il y a gangrène. Les épreuves stéthoscopiques, l'auscultation, la percussion, l'examen bactériologique éclaireront le second point. Autrefois, il n'était guère possible de distinguer certaines gangrènes broncho-pneumoniques (celle de notre malade en particulier) avec la tuberculose pulmonaire caverneuse et gangreneuse. Aujourd'hui, le microscope et les recherches de laboratoire lèvent facilement les doutes en établissant immédiatement la présence ou l'absence du bacille de Koch.

Il existe, enfin, quelques cas de gangrène pulmonaire très difficiles, voire impossibles à diagnostiquer. Tels sont ceux dans lesquels les foyers ne communiquent ni avec les bronches, ni avec la plèvre, restant isolés dans le thorax. Les diabétiques offrent assez souvent des exemples de cette variété qui peut, même, ne pas être fétide. Ce sont, chez ces sujets, de véritables surprises d'autopsie.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que la gangrene pulmonaire se termine toujours par la mort, certains foyers limités, certains pyo-pneumothorax peuvent guérir. Le pronostic de cette affection comporte une mortalité générale de 75 à 85 %, chiffre sensiblement diminué dans ces dernières années par les effets heureux de l'intervention chirurgicale.

La gangrène pulmonaire peut être traitée par les moyens médicaux. La thérapeutique médicamenteuse possède, contre elle, des armes palliatives utiles. Les injections intra-trachéales de phosphite de gaiacol à 1/20 ou d'autres antiseptiques analogues diminuent notablement la fétidité de l'haleine et des crachats, symptôme si pénible pour le malade et si insupportable pour l'entourage. On parvient ainsi à soulager le patient et à lui rendre son affection tolérable, dans une certaine mesure.

Mais le véritable traitement curatif est l'intervention chirurgicale. Dans la forme pleurétique enkystée, on obtient d'excellents résultats par la pleurotomie avec lavages désinfectants. Je vous

citerai à son actif la guérison de Dolbeau, pleurotomisé par Nélaton. Lorsque la gangrène est intra-pulmonaire, la chirurgie antiseptique intervient également avec avantage. MM. Reclus et Tuffier ont guéri des malades par la méthode sanglante. M. Tuffier propose d'inciser l'espace intercostal, puis de décoller la plèvre en recherchant avec la pulpe digitale le foyer gangreneux, opération qu'il décrit sous le nom de thoracotomie exploratrice extra-pleurale.

Chez notre malade, M. Monod a préféré s'en tenir à une simple ponction avec un gros trocart; celle-ci a provoqué la formation d'une poche sanguine sous-claviculaire. L'état du patient, d'ailleurs, ne nous laisse aucun espoir. Il est déjà cachectisé, arrivé à la période d'anémie intense préfatale ; nous le perdrons probablement par affaiblissement progressif.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE ET PÉDAGOGIE

Appel aux médecins à propos du projet de réformes de l'enseignement secondaire.

Mes confrères, lecteurs du *Concours*, n'ont peut-être pas oublié la communication que j'ai faite au mois de septembre dernier au congrès de pédiatrie de Nantes et que la direction du *Concours* a bien voulu reproduire. J'y exposais *la part qui revient au médecin dans l'éducation et dans l'instruction.*

J'y protestais contre l'indifférence où paraissent être les autorités universitaires à l'égard de nos opinions en matière de pédagogie. J'ai montré que, si les professeurs ont écouté en partie nos réclamations contre le surmenage scolaire et consenti à donner une plus grande place que dans le passé aux exercices physiques, il y a bien des progrès encore à réaliser dans la voie de l'association entre la médecine et la pédagogie.

Entre autres réformes que je signalais comme utiles, se trouvait une collaboration des médecins avec les professeurs, pour la recherche des meilleures méthodes pédagogiques et pour l'élaboration des programmes.

Je me suis attaqué aux programmes encyclopédiques qui épuisent la somme d'attention dont sont capables des enfants, en éparpillant leurs efforts sur un trop grand nombre de sujets. J'ai critiqué les méthodes d'instruction qui, ayant la prétention de convenir à l'enfant en général, s'adaptent souvent très mal à beaucoup d'enfants en particulier, et qui, au lieu de s'adresser principalement à l'imagination et à la mémoire par une culture trop livresque, devraient, dans les premières années surtout, ne mettre les enfants aux prises qu'avec des programmes simples et prendre pour bases de l'enseignement les études qui peuvent fortifier l'attention, celles qui reposent sur l'observation et le raisonnement.

Tout dernièrement, mon collègue et ami Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, dont les belles publications sur les maladies du tube digestif sont connues de tous, a pensé qu'il ne suffisait pas de se préoccuper de préserver l'estomac des collégiens contre les mauvaises nourritures, mais que les médecins devaient s'efforcer de défendre les jeunes générations contre le surmenage cérébral. Dans un article de la *Presse médicale* (1er février 1902), il écrivait : « La question de la réforme de l'enseignement secondaire sera prochainement portée devant les Chambres où elle soulèvera un grand débat. C'est le moment pour les médecins d'élever la voix ; ils en ont le droit et même le devoir...... Il est impossible d'amener l'hygiène physique des lycéens à ce qu'elle doit être normalement, sans remanier profondément les programmes et les méthodes d'enseignement ».

Après avoir exposé sur cette question des idées auxquelles j'applaudis d'autant plus volontiers qu'elles font écho aux miennes, — réserve faite pour un point sur lequel je suis en désaccord avec lui (l'utilité d'une certaine connaissance du grec) et sur lequel je reviendrai tout à l'heure, Albert Mathieu termine son excellent article par les lignes suivantes : »

« Les médecins doivent être consultés pour l'élaboration de la réforme urgente. Ils doivent avoir voix et même voix prépondérante dans les conseils qui la prépareront. Pour prendre la place qui leur est due, il importe qu'ils fassent une manifestation collective.

« De quelle façon peuvent-ils la faire? Plusieurs moyens s'offrent à eux : référendum, pétition aux pouvoirs publics.

« L'auteur de cet article serait heureux de voir se former une *Ligue des Pères de famille amis de l'Université*, dont un groupe de médecins formerait le noyau. Cette ligue serait près de l'Université et des pouvoirs publics le représentant naturel et autorisé des familles. En défendant l'intérêt bien compris du développement physique et intellectuel des enfants, elle concourrait à lutter contre les causes de dégénérescence, qui ont entamé déjà la race française et qui la menacent plus gravement encore pour l'avenir.

« Nous prions les confrères qui partagent nos idées de nous envoyer leur adhésion, en répondant aux questions *fondamentales* posées plus loin. Si les réponses affirmatives sont suffisamment nombreuses, le résultat du référendum sera transmis au ministre de l'Instruction publique et aux Chambres. S'il y a lieu, la Ligue des Pères de famille sera fondée.

« *Référendum.* — Pensez-vous que le surmenage scolaire qui résulte de la surcharge des programmes et des méthodes actuelles d'enseignement soit une cause de danger pour la santé des élèves des établissements d'instruction secondaire ?

« Etes-vous d'avis de supprimer l'étude du grec pour les élèves qui ne désirent pas faire une étude spéciale des langues mortes ?

« Etes-vous partisan de la fondation d'une Ligue des Pères de famille amis de l'Université, dans laquelle le corps médical serait largement représenté ? »

Albert Mathieu,
Médecin des hopitaux.

A la première question de mon collègue, je réponds affirmativement ainsi qu'à la troisième, et je joins mes sollicitations aux siennes pour que nos confrères envoient des adhésions très nombreuses à son projet de Ligue (le vent est aux Ligues et une de plus n'est pas pour m'effrayer), afin que cette levée de boucliers médicaux con-

tre les programmes et les méthodes « *puéricides* » puisse impressionner nos députés, nos ministres de l'Instruction publique et les grands chefs de notre Université.

Mais, pour la question du grec — en ce qui concerne les médecins tout au moins —, je ne suis pas du même avis qu'Albert Mathieu.

« L'hygiène du lycéen, dit-il, ne pourra être efficacement améliorée qu'en déchargeant les programmes et en modifiant les méthodes d'enseignement » — D'accord ! — « Puisqu'il faut jeter du lest, poursuit-il, voyez-vous un inconvénient à sacrifier le grec ? Avez-vous le sentiment que la gymnastique intellectuelle que vous avez faite à l'aide de la grammaire et des auteurs grecs vous ait été indispensable ? Le grec vous a-t-il servi pour apprendre la médecine ? Croyez-vous bien utile de faire non seulement des thèmes grecs mais des thèmes latins ? Rédigez-vous vos ordonnances en latin ? Ecrivez-vous en latin vos publications scientifiques ? »

Sur ces derniers points, je ne partage pas l'opinion de mon collègue.

Sans doute, il n'est pas nécesaire de *savoir le grec* pour être médecin ; il n'y a guère eu de médecins qui l'aient su depuis la Renaissance, mais il est possible en assez peu de temps de *savoir les éléments du grec*, et ces éléments me paraissent indispensables aux étudiants en médecine. Les traités de pathologie contemporains ne pourraient être compris qu'à coups de dictionnaire par des lecteurs ignorant absolument le grec ; quand j'étais étudiant, c'était l'époque où le Traité de M. Jaccoud était le livre classique, j'avais pour camarade un garçon des plus intelligents, mais qui avait été dispensé de tout baccalauréat pour des raisons que j'ai oubliées ; il s'arrachait les cheveux de rage, se heurtant presque à chaque ligne à des mots tirés du grec, que je devais lui expliquer parce que leur étymologie lui était insaisissable.

Et depuis cette époque, l'invasion des néologismes médicaux tirés du grec ne s'est pas ralentie ; dans la leçon d'ouverture récente du professeur de clinique Landouzy, ce brillant orateur, déjà père de la diathèse bradytrophique, a encore mis au jour l'*Orologie* (ορός sérosité) ou science des humeurs, et l'*Hypurgie*, (de υπουργια, assistance, υπουργος serviteur) ou technique des soins à donner aux malades. Comment se passer de connaître *un peu* de grec, quand on veut étudier une science dont la terminologie est ainsi bardée de grec ?

Quant au latin, je ne puis guère concevoir un médecin français l'ignorant absolument ; car il ne s'agit pas de l'avoir étudié pour rédiger une ordonnance, mais d'avoir une culture générale, que n'ont guère les personnes dépourvues de tout contact avec l'antiquité classique. Je pense que, sans sacrifier complètement les éléments du grec et en conservant une certaine culture latine que par des méthodes plus pratiques on pourrait d'ailleurs acquérir plus rapidement qu'aujourd'hui, il serait parfaitement possible d'alléger les programmes de l'enseignement secondaire.

Quoiqu'il en soit de ces divergences sur un des trois points du referendum proposé par Albert Mathieu, j'engage ceux de nos confrères qui pensent comme lui et comme moi sur les deux autres, à envoyer leurs adhésions le plus rapidement possible à l'un de nous, pour qu'il en puisse être fait état dans la discussion très prochainement ouverte.

Paul Le Gendre,
Médecin de l'hôpital Tenon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos des Honoraires médicaux.

A la dernière séance de la Chambre syndicale, et à propos de l'organisation d'un Office de recouvrement de nos honoraires, j'ai fait une communication sur l'utilité du recouvrement trimestriel.

Ce mode de recouvrement commence à être adopté à Paris, car nous avons vu, le Dr Albert et moi, le modèle d'une note imprimée que des confrères parisiens envoient à leurs clients.

Je disais que les fonctionnaires ou les employés sont payés au mois, que les négociants sont payés à 30, 60, 90 jours, que les avocats et hommes de loi sont payés d'avance, que les médecins et les chirurgiens consultants sont payés comptant, et qu'aux médecins de quartier ou aux médecins de campagne, on demande un crédit illimité.

A la fin de la séance, j'ai entendu quelques objections auxquelles je tiens à répondre aujourd'hui.

On a dit ceci :

Le recouvrement trimestriel est bon pour les ouvriers, parce qu'ils changent souvent de quartier ; mais il est difficilement applicable à la classe bourgeoise et riche.

Je réponds :

Est-ce que les avocats, avant de plaider, ne demandent pas de provisions aux gens riches aussi bien qu'aux gens pauvres ?

Quand les princes de la médecine ou de la chirurgie apportent le secours de leur science à nos malades, n'ont-ils pas érigé en principe le paiement de leurs honoraires après la consultation et après l'opération, ou tout au moins à un délai peu éloigné, même lorsque les honoraires sont dus par des gens riches ?

Combien y a-t-il de chirurgiens qui attendent six mois ou un an pour réclamer le prix de leur opération ?

Et dans leur cabinet, n'aiment-ils pas à voir tomber, séance tenante, leurs honoraires, même quand ils sont dus par des bourgeois qui ne quittent pas le quartier ?

Alors, il y a donc dans notre profession deux poids et deux mesures, c'est-à-dire deux catégories de paiement : d'un côté, les princes qui sont payés de suite, d'un autre côté, les prolétaires qui sont payés aux calendes grecques.

Que les médecins et les chirurgiens consultants se fassent payer plus cher que nous, cela, nous le comprenons ; mais qu'ils se fassent payer plus vite, cela, nous ne le comprenons pas.

J'ai entendu dire également ceci :

Les clients répondent à nos encaisseurs que le médecin peut bien attendre, qu'il ne fournit, en somme, pas de marchandise.

Je réponds :

Avant de toucher leurs provisions, les avocats fournissent-ils des marchandises ?

Les médecins consultants, en palpant, percutant, auscultant comme nous, fournissent-ils des marchandises ?

Les chirurgiens, en incisant un abcès, coupant un bras ou une jambe, fournissent-ils des marchandises ? Non, mais ils désirent être payés illico.

Quant aux médecins de quartier et aux médecins ruraux, qui ne fournissent également aucune marchandise, ils attendront et ils se débrouilleront à leur gré.

Toutefois, s'il y a parmi nos honorables confrères de quartier ou de la campagne des médecins riches, qui ne soient pas pressés de toucher leurs honoraires, qui veuillent même en faire cadeau, c'est leur affaire ! Ils ne récolteront pas plus de reconnaissance pour cela de la part de leurs clients, mais je dois leur avouer confidentiellement que, si j'étais à leur place et que si j'étais riche, je ne ferais pas de médecine pratiquement parlant.

Après la guérison, que font donc ces gens aisés, qui nous incriminent de ne pas fournir de marchandises, que vous désirez ménager si précieusement, que vous craignez tant de froisser en leur envoyant votre note trimestrielle ?

Ils prennent le train pour une ville d'eaux, ils vont à Paris, à Nice ou ailleurs, dépensent un ou deux billets de mille en voyage ; puis, à leur retour, s'il vous rencontrent, ils sont quelquefois assez aimables pour vous demander votre note, mais ne viennent généralement pas la payer; vous l'envoyez de nouveau à la fin de l'année, mais, c'est alors le moment de leurs échéances, de leurs frais généraux, des étrennes.

Tout le monde reçoit des étrennes au jour de l'an, excepté le médecin, de la part de ses malades ; on le renvoie à trois ou quatre mois plus tard, en avril ; le médecin peut bien attendre. Voilà comment nous sommes récompensés. La vie du malade que nous avons sauvé n'équivaut donc pas à quelques marchandises ?

J'ai également entendu dire ceci :

J'enverrais bien mes notes tous les trois mois, mais je crains que mes confrères ne fassent pas de même, et cela pourrait me faire perdre des clients.

Je réponds :

Le confrère qui parle ainsi laisse percer le bout de l'oreille du peureux, qui ne refuse pas de marcher au combat, mais dans l'arrière-garde. Si tous les confrères raisonnent de la même façon, il n'y aura que des soldats d'arrière-garde, et ce sera en somme une retraite générale.

Nous sommes parfaitement d'avis, cependant, que, pour employer une nouvelle tactique, il faut une préparation et une entente ; nous convenons que, pour atteindre notre but, il est nécessaire de créer une agence officielle de recouvrement.

Du reste, nous ne proposons pas de prendre immédiatement les portefeuilles des clients. Pour les anciens clients nous procéderons d'abord lentement, c'est-à-dire que nous enverrons notre note au bout de six mois ; puis l'année suivante, nous l'enverrons au bout de trois mois, en faisant connaître au besoin et en même temps les décisions prises par le Syndicat des médecins du Rhône.

Il nous paraît de toute évidence, et nous avons la conviction absolue, que les clients pourront payer avec plus d'empressement et plus de facilité les notes trimestrielles, parce que la somme étant moins élevée fera dans leur porte-monnaie une saignée moins douloureuse.

J'ai demandé à mes confrères de me désigner une profession où le crédit fût aussi long que dans la profession médicale.

On ne m'a cité que l'honorable corporation des tailleurs.

Eh bien ! j'ai eu l'honneur de me faire habiller, pendant deux ans, chez le grand tailleur parisien, rue de la République, à Lyon. Ce tailleur, était peut-être avocat aussi, car il me demandait 20 francs d'arrhes, et me faisait présenter la facture acquittée, quand on m'apportait les vêtements.

J'ai un autre tailleur, et il ne m'a pas caché qu'il préférait le paiement comptant à tout autre.

Quant aux tailleurs, qui font des crédits comparables à ceux des médecins, on peut également les comparer aux médecins à un autre point de vue, c'est qu'ils ne font généralement pas fortune.

Je sais bien que presque tous les médecins disent qu'il gagnent beaucoup d'argent, que les modestes n'osent guère avouer qu'ils encaissent moins de 10 à 15,000 francs, que la plupart prétendent faire 20, 25, 30,000 francs, et les chirurgiens, 40, 50, 100,000 francs.

Mais, puisque les médecins en général gagnent tant d'argent, je voudrais qu'on m'expliquât pourquoi il y a tant de plaintes dans le corps médical !

Il me semble que, souvent les paroles ne concordent guère avec la réalité, et quand les circonstances amènent les personnes de leur entourage à faire des confidences, on est surpris d'apprendre qu'à certains moments nos barons de la finance médicale sont gênés dans leurs affaires pécuniaires.

Quoi qu'il en soit, si vous approuvez les objections faites par quelques confrères au recouvrement trimestriel, si vous bornez le rôle du Syndicat aux questions de philosophie médicale, d'hygiène, de déontologie, d'avis aux juges de paix, si vous ne voulez rien améliorer, il sera clair que l'utilité du Syndicat est discutable ; il sera clair aussi que, dans notre profession les traditions vieillottes seront indéracinables, que nous conserverons toujours le culte des habitudes antiques.

Cependant le monde et les idées se sont transformés autour de nous. A l'heure actuelle, nos confrères peuvent-ils affirmer qu'ils soignent beaucoup de familles dont la fidélité médicale est inébranlable ? Non, il a disparu des villes, le médecin de famille, dont parlent les romans, et dans les familles où il paraît exister encore, ce n'est qu'en apparence, car on lui adjoint, sans qu'il s'en doute, beaucoup de collaborateurs.

Si le bon médecin de famille des anciens temps ne réclamait ses honoraires que tous les ans, ou tous les deux ans, est-ce une raison de l'imiter de nos jours ?

Est-il imité dans les autres nations de l'Europe ou de l'Amérique, et même en Chine ?

Si nos ancêtres allaient à Paris en diligence, voudriez-vous que je vous y mène avec la même vitesse ?

Suivons donc le progrès, abandonnons les vieilles routines.

Sans doute, c'est beau de se draper dans la dignité médicale et de laisser croire au public que nous sommes tous riches ; c'est beau de se croiser les bras et d'attendre le paiement de nos honoraires avec la reconnaissance des malades ; mais nous attendons presque toujours fort longtemps.

Notre Syndicat, organisé par des confrères dont le dévouement mérite les plus grands éloges — Albert, Odin, Carry, Birot, Savy, etc., — notre Syndicat s'accroît chaque année, il pourra faire prévaloir ses décisions auprès de ceux qui semblent l'ignorer encore.

Le manque d'énergie du corps médical était malheureusement connu de tout le monde jusqu'à ce jour, c'est pourquoi nos intérêts matériels et le prestige de notre profession ont été compromis, c'est pourquoi les administrations des communes et des départements, les compagnies d'assurances, les sociétés mutuelles, le gouvernement lui-même et son dérivé l'Arsenal de Lyon, nous considèrent comme une quantité négligeable; c'est pourquoi ces collectivités nous imposent des tarifs dérisoires et font à notre détriment des bénéfices qui vont remplir leurs caisses ; c'est pourquoi les clients nous payent quand bon leur semble.

Que le Syndicat défende nos intérêts matériels par l'union et la solidarité, par des démarches et par des réformes !

Comme conclusion et comme complément à l'organisation d'un office de recouvrement,

Je propose :

Le principe du recouvrement trimestriel des honoraires médicaux.

(*Lyon médical.*)

Dr Bolliet.
membre du « Concours ».

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
d'Intérêt professionnel.

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France.

5, rue de Suresne, Paris.

Conseil général, séance du 16 janvier 1902, sous la présidence de M. Millard.

Paris, le janvier 1902.

M. *le Secrétaire-général* donne lecture des lettres qu'il a écrites à M. le Président du Syndicat de Nîmes, en vue de faciliter la création d'une nouvelle société locale dans cette ville. Après avoir demandé l'avis de M. Liouville, le Conseil approuve les décisions prises.

Une société est en voie de formation à Tunis. Le *Secrétaire-Général* a promis l'appui du Conseil dans les cas où surviendraient quelques difficultés pour son organisation (approuvé).

Après discussion, le Conseil approuve le *Règlement relatif à la tenue des Assemblées générales et au mode de votation.* Copie de ce règlement sera envoyé à tous les présidents, secrétaires et délégués des Sociétés unies.

Après un échange de vues entre plusieurs membres du Conseil, il est décidé que M. Liouville sera prié de rédiger un règlement, qui fixera les conditions dans lesquelles seront accordées des subventions aux Caisses annexes et la quotité annuelle des sommes mises à la disposition de ces Caisses.

M. *Lereboullet* rappelle que l'assemblée prochaine sera appelée à discuter la réforme de l'annuaire. Il demande au Conseil de se préoccuper des réponses qu'il conviendra de faire aux propositions déjà formulées dans les assemblées précédentes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lande, de Ranse, Philbert, Gross, Delvaille, Créquy, Thibierge, etc., il est décidé qu'une commission composée du bureau et de MM. Lande, de Ranse et Laugier, étudiera cette question.

Les appointements de l'agent comptable de l'Association sont fixés à 200 francs par mois.

M. *le Trésorier* est autorisé à placer en obligations de chemins de fer 100.000 francs au compte de la Caisse des Veuves et Orphelins et 15.000 fr. au compte de la Caisse des pensions viagères.

Des subventions s'élevant à 800 fr. sont votées à diverses sociétés.

M. *le Trésorier* annonce qu'il a reçu 16 demandes de pensions, et qu'il s'est produit 7 extinctions.

Sur la demande de M. Blache, il est décidé qu'une circulaire relative à l'état moral et financier de l'Association sera envoyée à tous les médecins qui ne font pas partie de l'Association.

Le Secrétaire, Emile Philbert.

Syndicat des médecins de la Mayenne

Extrait du procès-verbal de la séance du Bureau du Syndicat des médecins de la Mayenne en date du 17 décembre.

Le Bureau du Syndicat,

Etant donné le vœu adressé par M. Duboys-Fresney, sénateur de la Mayenne, président de la Société de Secours mutuels de Château-Gontier, à M. le Ministre de l'Intérieur, vœu transmis au Conseil supérieur de la Mutualité ;

Etant donnée la manifestation injurieuse contre les Syndicats médicaux, émanant de M. le Sénateur Duboys-Fresney, manifestation que le Conseil supérieur de la Mutualité a justement appréciée en la rejetant ;

Regrette que M. Duboys-Fresney se soit permis d'attaquer d'une façon aussi injuste qu'imméritée les membres des Syndicats médicaux que leur zèle et leur dévouement mettent à l'abri de tout reproche professionnel, — et que sous le couvert de son mandat, il se soit permis d'adresser à M. le Ministre de l'Intérieur une pareille proposition.

Le Bureau proteste énergiquement contre ces insinuations malveillantes à l'égard du Corps Médical, insinuations dont M. le Sénateur de la Mayenne n'a pas senti l'odieux, ni calculé la portée.

Pour le Bureau,
Le Président,
Dr M. Cellier.

Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

Secrétariat : Boulevard Bigo-Danel, 14, Lille.

Le 24 décembre 1901,

Mon cher confrère,

La Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais a décidé à l'unanimité, dans sa dernière séance, d'appuyer la nouvelle rédaction que vous proposez dans l'article IV de la loi sur les accidents. Cette décision va être envoyée, en même temps que l'expression de nos desiderata dans la loi sur l'exercice de la pharmacie, à tous les députés et sénateurs du Nord et du Pas-de-Calais, et à tous les médecins siégeant dans les deux Chambres.

Je remplis la mission qui m'a été confiée par la réunion en vous donnant avis de cette décision.

Nous allons également envoyer une lettre à toutes les commissions et administrations des hospices, leur demandant de donner leur adhésion à la décision prise par certains hôpitaux, de faire payer les chirurgiens qui opèrent ou soignent les ouvriers victimes des accidents du travail, leur rappelant que cela est conforme au règlement type et à la jurisprudence établie par certains tribunaux.

Recevez, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Lemière.

Syndicat des médecins du Rhône (1).

Allocution du docteur Aubert, *Président, à l'Assemblée générale du 20 décembre 1901.*

Messieurs et chers Confrères,

La partie principale de mon allocution consistera à définir le rôle et l'importance des divers syndicats ou groupements locaux existant dans le département du Rhône pour la défense des intérêts professionnels. Ces syndicats sont, à ma connaissance, au nombre de cinq, et ont leur siège à Givors, dans l'Ouest lyonnais, à Tarare, à Villefranche et à Villeurbanne.

Je remercie bien sincèrement nos confrères, présidents ou membres de ces syndicats, pour les renseignements qu'ils ont bien voulu me communiquer et dont je vais, en les résumant un peu, vous faire l'exposé.

Pour Givors, le docteur Condamin m'écrit :

« Notre entente est toute loyale, et nous nous sommes engagés d'honneur à ne pas la rompre. Elle repose sur deux bases : 1° la meilleure confraternité (remplacements mutuels, assistance, consultations, absence absolue de jalousie professionnelle) 2° l'uniformité des prix, tant chez les indigents et les mutualités qu'en clientèle.

« Les prix adoptés et mutuellement consentis sont les suivants : *en clientèle*, 3 francs le jour, au cabinet et à domicile, 2 francs suivant les circonstances et 10 francs la nuit. Pour les mutualités, 1 fr. 50 au cabinet, 2 francs, en ville, 5 francs la nuit.

« Pour les interventions chirurgicales et accouchements, prix nécessairement variables, mais jamais inférieur à celui qui aurait pu être antérieurement demandé par un confrère quitté ou consenti par un confrère absent.

« *En campagne* : 1 franc par kilomètre aller plus 3 francs ; la nuit, le double.

« Le service d'hôpital se fait à tour de rôle chacun une année.

« Les réunions se font rarement et les communications s'échangent au cours des rencontres quotidiennes. Il a été cependant décidé récemment qu'on se réunirait tous les trois mois. »

Et le docteur Condamin ajoute, comme conclusion : « Nous nous trouvons au mieux de cet accord et de cette solidarité ; notre bonne harmonie n'a jamais été troublée par le fait d'un d'entre nous. Le public compte, à Givors, avec le corps médical, qui, de l'avis unanime, fait dignement et sans éclat respecter ses droits. » Tous les Syndiqués de Givors font également partie du Syndicat des Médecins du Rhône.

Sur le Syndicat de l'Ouest lyonnais, j'ai quelques renseignements fournis par un confrère anonyme, mais très autorisé. Il y a eu deux assemblées générales, suivies d'un banquet. On s'est occupé à ces assemblées de l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite et de la nomination d'un délégué pour l'élection au Conseil supérieur des secours mutuels.

L'Association de Tarare, constituée, non en syndicat, mais par entente commune, comprend tous les médecins de cette ville et un confrère du village voisin de Pontchara. On se réunit quand on le juge utile, et une réunion générale, suivie d'un banquet, a lieu une fois l'an. Cette association a fait imprimer un tarif applicable à partir du 1er avril 1894 et où nous relevons seulement les prix de la ville de Tarare.

Consultation de cabinet, 2 francs ; visite à domicile, 3 francs ; visite de nuit (de 9 heures du soir à 7 heures du matin), 6 francs ; consultation médicale, 15 et 25 francs ; accouchements (minimum), 50 francs. Hors du périmètre de la ville, 5 francs. Pour les mutualités, 1 fr. 50 au cabinet, 2 francs en ville.

Le tarif établi pour chaque commune varie selon la distance ; j'y relève ces deux points que le tarif est doublé pour les visites de nuit et que toute visite demandée sur les lieux par un autre malade se paye 3 francs au minimum ; que ces prix sont établis pour les bourgs, et que les hameaux subissent une augmentation proportionnelle à la distance.

Le service de l'Assistance médicale gratuite est organisé sur les bases suivantes : pour la nuit, chacun est médecin à tour de rôle ; les visites sont payées 6 francs par la Ville, qui se charge, s'il y a lieu, de se faire désintéresser par le malade. Il existe, à la Mairie, un cabinet de consultations gratuites, où la visite est payée 3 francs par la Mairie, dans les mêmes conditions que pour les visites de nuit.

Ce système a été très précieux pour les médecins, surtout au point de vue des dérangements de nuit.

On ne les appelle plus que pour les choses sérieuses, alors qu'autrefois ils étaient dérangés pour le moindre ivrogne. Le docteur Favel ajoute : « Voilà en quoi consiste notre Syndicat, c'est un bon système, et je crois que partout les médecins devraient en faire autant. »

Pour Villefranche, les renseignements du docteur Lasalle sont les suivants ;

(1) Extrait du *Bulletin* du Syndicat de l'association des médecins du Rhône.

« Notre Association est purement amicale et ne possède ni statuts, ni bureau. Nous nous réunissons officieusement lorsque nous avons quelque mesure à prendre, et nous portons à la connaissance du public, par l'intermédiaire de la presse locale, les décisions que nous avons arrêtées. Cette façon de faire nous a donné jusqu'ici toute satisfaction.

« Voici les principales questions dont nous nous sommes occupés :

« 1° Pendant bien des années, les ouvriers blessés dans les usines étaient soignés gratuitement. Lorsqu'un accident se produisait, on requérait le premier médecin rencontré, sans lui accorder ni paiement, ni remerciements. Actuellement, les ouvriers blessés qui réclament l'assistance sont obligés de se munir d'une déclaration émanant de leur patron, ou de la compagnie d'assurances, par laquelle on nous garantit le paiement de nos honoraires.

« 2° Autrefois, les compagnies d'assurances allouaient pour chaque accident une somme de 6 francs, représentant le prix de la constatation du sinistre et celui du certificat de guérison. Les frais de traitement restaient à notre charge. Aujourd'hui, nous avons obtenu 13 francs pour les cas simples et des honoraires supplémentaires pour les cas plus graves. Ce prix est inférieur de 2 francs à celui du tarif ouvrier, mais des engagements antérieurs ne nous ont pas permis jusqu'à ce jour d'appliquer ce nouveau tarif.

« 3° En ce qui concerne l'Assistance médicale gratuite, le Conseil général du Rhône a autorisé récemment les communes à traiter de gré à gré avec les médecins à un prix inférieur à celui qui a été fixé par l'arrêté préfectoral. Nous nous sommes concertés avec les médecins du voisinage et nous sommes engagés à ne pas accepter d'honoraires inférieurs à ceux qui sont portés au tarif départemental ; j'ai lieu de croire que ces engagements ont été tenus par nos confrères.

« 4° Enfin, le prix de la visite en ville ou de la consultation au cabinet a été fixé au chiffre minimum de 3 francs.

« Telles sont les principales questions dont nous nous sommes occupés ; elles ont été résolues à notre satisfaction. »

Le Syndicat des médecins de Villeurbanne, présidé par le docteur Bertoye, est constitué par les médecins qui exercent de l'autre côté de la ligne du chemin de fer de Lyon à Genève ; il est composé actuellement de vingt-deux membres ; il a été fondé au mois de juillet 1900. Ses statuts sont analogues à ceux du Syndicat général, et, en cas de dissolution, les fonds disponibles seront versés à la caisse du Syndicat départemental.

Le tarif normal, mais pouvant varier selon la fortune du client, l'éloignement, l'heure de la journée, est fixé à 5 francs pour la classe bourgeoise, 4 francs pour la classe moyenne, 3 francs pour la classe ouvrière, 10 francs pour la nuit.

La notification de ce tarif a été faite par lettre impersonnelle adressée à 5,000 habitants environ. L'application s'en est faite sans difficulté.

Pour les sociétés, le tarif à la visite est seul admis : il est de 2 fr. au cabinet, de 2 fr. 50 à domicile, et peut être majoré de 0 fr. 50 au-delà de deux kilomètres du domicile du médecin. Ce tarif ne s'applique qu'aux ouvriers et non aux gens fortunés membres participants des mutualités.

Pour les mutualités, ou pour les compagnies d'assurances avec lesquelles il existait des engagements antérieurs, ces engagements sont provisoirement maintenus.

Un agent de recouvrements reçoit 5 centimes par note distribuée, 9 0/0 sur les sommes qu'il fera rentrer et dont 1 0/0 sera versé dans la caisse du Syndicat.

« Notre Syndicat, ajoute le docteur Bertoye, n'a pas eu seulement pour but et pour effet la défense des intérêts professionnels, il a aussi le grand avantage de mettre ses membres en rapport les uns avec les autres. Des réunions mensuelles du bureau, des assemblées trimestrielles, suivies de l'agape traditionnelle, il est sorti un esprit de bonne confraternité qui, tout en laissant subsister la concurrence de la science, du dévouement, de l'activité, a fait disparaître les méfiances et tous autres sentiments peu nobles qu'on attribue, à tort ou à raison, aux disciples d'Esculape. »

Ne trouvez-vous pas, Messieurs et chers Confrères, que de cet ensemble de documents sur les associations locales il se dégage pour nous quelque chose de réconfortant pour le présent et d'encourageant pour l'avenir ?

Je tiens à vous faire observer que la défense légitime des intérêts matériels du corps médical n'a pas été la seule, ni même la principale préoccupation de toutes ces associations. L'union, l'entente et la bonne confraternité de tous a été aussi le but poursuivi et atteint.

Souvent, après les réunions, on a dîné, et c'est très bien ainsi. Les intérêts opposés que crée la concurrence pour la vie sont comme des électricités de nom contraire. Des paroles qui s'échangent, des mains qui se serrent et aussi des verres qui se choquent, sont autant d'occasions de dissiper au jour le jour les légers malentendus, les petits froissements, de les empêcher même de se produire, et, en unissant au fur et à mesure les fluides opposés, d'éviter les accumulations dangereuses et les fortes tensions d'où naissent les inimitiés et les orages. Toutes les associations locales sont donc pour nous des organes d'action, des éléments de concorde et de paix, et nous devons souhaiter d'en voir le nombre se multiplier. En effet, pour la bonne solution des questions locales, pour la bonne entente des confrères exerçant dans le même centre, rien ne peut remplacer ces groupements locaux qui, par la connaissance parfaite du milieu où ils se meuvent, et du détail des choses, peuvent seuls donner aux difficultés qui surgissent des solutions rapides et précises.

Et au milieu de tout cela, que devient le Syndicat départemental ?

Lui aussi a à se préoccuper des questions matérielles qui nous font vivre, des tarifs, des rapports avec les mutualités, les compagnies d'assurances ; lui aussi s'occupe des contestations d'honoraires et du recouvrement de ce qui nous est dû ; lui aussi est un moyen d'union et de concorde. Mais ce n'est là qu'une partie de son rôle. Par son siège au chef-lieu du département, il est plus rapproché des autorités administratives et judiciaires, et il lui est plus facile, lorsque les circonstances l'exigent, d'entrer en relation avec ces autorités. Il est aussi plus près de

la presse médicale, et, tout récemment, à l'occasion d'un conflit entre le Syndicat de Givors et une mutualité de cette ville, j'ai pu faire insérer immédiatement un avis syndical pour avertir les jeunes confrères, qui auraient pu être sollicités d'aller à Givors, de l'existence de ce conflit. Le même avis, ou tout autre semblable, pourrait être immédiatement affiché à la Faculté ou à l'Hôtel-Dieu.

En cas de conflit entre confrères d'un syndicat local, le Syndicat départemental peut constituer un tribunal confraternel contre lequel on ne saurait invoquer la question préalable de rivalité médicale. Une affaire actuellement pendante dans un département voisin montre que ce rôle de justice conciliante pourrait avoir quelquefois l'occasion de s'exercer. Il peut encore, bien qu'il ne soit pas riche, prendre sur son modeste fonds de réserve, pour soutenir en justice, dans une cause légitime, un confrère ou un syndicat moins nombreux.

Enfin, par son siège dans le centre scientifique du département, près de la Faculté et des hôpitaux, le Syndicat départemental peut espérer attirer à lui ceux de nos confrères qui occupent de hautes positions médicales et qui, soit sur le terrain scientifique, soit sur le terrain professionnel, ont une renommée qui dépasse les limites du département et celles même de la France. Il y a pour nous, dans l'adhésion de ces éminents confrères, dans leur association à la défense quotidienne de nos intérêts, un élément d'autorité et un honneur qui rejaillit sur tous nos syndicats. Je dois dire que j'ai fait tous mes efforts pour en attirer à nous le plus grand nombre possible. Effort est un mot impropre, car il a suffi de dire ce que nous étions, de témoigner le désir de les voir s'associer à notre œuvre, pour qu'ils aient accepté en nombre imposant, comme vous le verrez par la liste de nos nouveaux membres. Et ce n'est pas fini, je n'ai pu rencontrer encore tous ceux que je désire voir s'associer à nous et j'espère que bien peu résisteront à notre appel.

Après ces considérations, Messieurs et chers Confrères, vous serez d'avis que syndicats locaux et Syndicat départemental ont tous leur haute raison d'être, leur importance pour la défense des intérêts du corps médical et pour l'union de tous ses membres. Presque tous les membres des associations locales font déjà partie de notre Syndicat plus vaste ; je souhaite que tout ce qu'il y a d'honnête et d'élevé dans notre profession y adhère également. C'est peut-être un rêve qui ne sera jamais réalisé ; mais dès à présent, à voir l'union et la concorde s'établir partout, je puis bien dire que la vieille formule : *invidia medicorum pessima* a fait son temps, et qu'il faut lui substituer cette devise, qui doit être et rester la nôtre : *concordia medicorum optima*.

(*Applaudissements.*)

Contestations d'honoraires

Deux affaires de contestations d'honoraires étaient inscrites à l'ordre du jour :

1° Le docteur F... a donné des soins à Mme R... pour une fracture du radius. Il fit un premier appareil provisoire, puis, deux jours après, un plâtre, et, à la fin du traitement, quelques séances de massage. Il compte en tout dix visites et demande 100 francs d'honoraires.

Mme R..., concierge, ne critique pas les soins reçus. Elle se contente de déplorer sa situation financière qui ne lui permet pas de se libérer. Si elle avait supposé, dit-elle, l'importance de la somme réclamée, elle serait entrée à l'hôpital. Elle nous montre un certificat d'indigence. Son attitude est celle d'une pauvre et honnête femme. Finalement elle offre de payer 50 francs par mensualités de 10 francs.

Devant cette attitude et cette misère évidente, la Chambre syndicale a cru devoir conseiller à notre confrère d'accepter les offres de Mme R... et de ne pas retourner en justice de paix.

2° Le docteur F... a également soigné Mme S... pour une collection rétro-utérine qui s'est ouverte spontanément dans le rectum. Trente visites furent nécessaires, avec explorations vaginales fréquentes et lavages intestinaux. Notre confrère demande 150 francs d'honoraires.

M. S..., le mari, conteste le nombre des visites et prétend que le docteur F... lui a toujours compté 3 francs la visite.

Toute conciliation devant la Chambre paraissant impossible, un rapport a été envoyé à M. le juge de paix dans lequel on faisait remarquer que le prix demandé était inférieur au tarif du Syndicat, surtout pour des visites avec examen spécial. D'autre part, pour établir le nombre des visites, M. le juge de paix pourra demander communication des livres de comptes de notre confrère ; ceux-ci font foi, suivant la thèse généralement admise par les tribunaux.

Vote de la création d'une fonction de secrétaire des séances. — Le secrétaire général se trouve débordé depuis la publication du *Bulletin mensuel*. Il demande à la Chambre l'aide d'un *secrétaire des séances*, qui sera chargé d'en dresser le procès-verbal et le compte rendu.

La Chambre décide de proclamer *secrétaire des séances* l'assesseur nommé aux prochaines élections. Cette manière de faire évitera de créer un emploi nouveau et par conséquent de remanier les statuts.

Cette fonction aura une durée d'un an seulement, parce que chaque année on nomme au moins un nouvel assesseur, qui remplira à son tour le rôle de *secrétaire des séances*.

La deuxième année, celui-ci deviendra simple assesseur.

La question des recouvrements. — Nous avons exposé, dans le *Bulletin* du 1er janvier 1902, les décisions prises dans la séance du 11 décembre 1901. Nous n'y reviendrons pas aujourd'hui.

Conflit entre mutualistes et médecins. — Notre président nous avait donné communication d'une plainte de nos confrères de Givors, tous syndiqués entre eux et affiliés au Syndicat départemental. Dans cette ville existe un tarif uniforme pour les mutualistes : consultation, 1 fr. 50 ; visite de jour, 2 francs ; visite de nuit, 5 francs. Or, le président d'une des sociétés, trouvant ce tarif exagéré, menaçait nos confrères de faire venir à Givors un médecin au rabais. Justement émus de cette menace, les médecins de cette ville, qui suffisent amplement à en assurer le service médical, s'adressèrent au président du Syndicat du Rhône. Celui-ci inséra immédiatement dans le *Lyon médical* une note mettant en garde les jeunes médecins contre les offres alléchantes mais trompeuses qui pourraient leur être faites.

De leur côté, nos amis de Givors firent de la bonne besogne : en présence du conflit et de la violation des conditions arrêtées, ils refusèrent de traiter aux prix de faveur les membres de ladite société et décidèrent de les mettre au tarif local ordinaire, jusqu'à ce qu'une transaction ait établi les bons rapports.

Contrariés de cette situation anormale, les sociétaires s'émurent. Ils déposèrent, dans une réunion, un ordre du jour de confiance en faveur de leurs médecins, qui provoqua la chute du fameux président et mit fin à l'incident.

Un de nos confrères nous écrit en effet, à la date du 19 décembre 1901 :

« Les sociétaires, à l'unanimité moins une voix, ont approuvé la conduite du corps médical givordin. Les bonnes relations ont été immédiatement reprises, et nous sommes fiers, grâce à notre cohésion, d'avoir obtenu satisfaction. »

Bravo ! chers confrères. Votre fierté est légitime et votre exemple est à suivre.

Cette affaire montre qu'il est souvent plus facile à nos associations médicales de s'entendre directement avec les autres associations qu'avec les présidents, trop souvent disposés à se tailler une réclame sur notre dos. Pourtant nous sommes le pivot, la cheville ouvrière de l'organisation, en consentant le libre choix du médecin et les tarifs réduits, qui permettent, d'une part, au sociétaire de garder son indépendance et son libre arbitre, et, d'autre part, à la caisse de s'enrichir... à nos dépens !

Ainsi, sans doute, l'ont compris les membres de la société mutuelle de Givors, cause de l'incident.

L'Assistance médicale gratuite. — L'allocution prononcée dans l'assemblée générale du 20 décembre dernier par notre président a mis nos lecteurs au courant de ses démarches à la Préfecture et au Conseil général qui nous avaient été communiquées à la séance du 11 décembre.

Exercice illégal d'un pharmacien. — On se souvient du fait, raconté dans notre *Bulletin*, d'un pharmacien qui avait fait et signé plusieurs ordonnances dans un cahier d'Assistance médicale gratuite. La Chambre syndicale des Pharmaciens, saisie de la question, s'est déclarée incapable de sévir, le pharmacien en question n'étant pas syndiqué et échappant à son action.

Nous avons chargé le docteur Taty, qui connaît le pharmacien incriminé, de faire des démarches auprès de lui, et de nous tenir au courant.

***

Convocation aux séances de la Chambre par le Bulletin. — La Chambre décide que, sauf le cas de séance urgente dans le courant du mois, les convocations aux séances habituelles se feront par la voie du *Bulletin*, et que les convocations individuelles sont inutiles dorénavant.

REPORTAGE MÉDICAL

Election d'un représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité. — Nous ne connaissions au moment du tirage du dernier numéro que la candidature de M. le Dr Gairal. Nous avons été informés depuis de celle de M. le Dr Paul Archambaud, également membre du Concours et bien connu de nos lecteurs. Même inflexibilité d'échine pour défendre le même programme ; avec cela bec et ongles ayant fait leurs preuves. Quel que soit l'élu, nos intérêts seront entre bonnes mains.

Académie de médecine. — Dans le cours de la séance du 4 février, l'Académie a procédé à l'élection d'un associé libre. La liste de classement était la suivante :

1re ligne, M. Galippe.
2e ligne, M. Hamy.
3e ligne *ex-æquo*, MM. Commenge, Kermorgant.
4e ligne *ex-æquo*, MM. de Fleury, Voisin.

M. Galippe a été élu par 58 voix sur 96 votants : M. Hamy a obtenu 22 voix ; M. Commenge 11 et M. Voisin 5.

Ensuite l'Académie a procédé à l'élection d'un membre correspondant national (3e division).

M. Neumann (de Toulouse) a été élu par 53 voix sur 71 votants ; M. Labat (de Toulouse) a obtenu 8 voix et M. Lesbre (de Lyon) 3.

Société française d'Histoire de la Médecine. — La Société française d'Histoire de la Médecine a ainsi constitué son bureau, dans sa séance du 29 janvier :

Président. — M. le docteur Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine.

Vice-présidents. — MM. les docteurs Motet, membre de l'Académie de Médecine ; Gilbert-Ballet, professeur agrégé à la Faculté ; Dureau, bibliothécaire de l'Académie ; Triaire, de Tours.

Secrétaire général. — M. le docteur Albert Prieur, rédacteur en chef de la *France médicale*,

Secrétaires. — MM. le docteur Marc-Auliffe ; Victor Nicaise, interne des hôpitaux.

Archiviste. — M. le docteur Beluze.

Trésorier. — M. Prévost, rédacteur au Secrétariat de la Faculté.

Le Service de l'Assistance médicale à Paris. — Un concours aux places de médecins de l'Assistance médicale, tant pour le service du traitement à domicile que pour le service des consultations, s'ouvrira le lundi 14 avril 1902.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 14 mars 1902, quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de l'État ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Les candidats devront déposer à l'appui de leur inscription leur diplôme de docteur en médecine et une pièce établissant leur qualité de Français (livret ou pièce militaire, carte électorale, acte de naturalisation s'il y a lieu).

La Ligue contre la mortalité infantile. — Il est fondé à Paris, sous le titre de «Ligue contre la mortalité infantile», une Société d'études, de propagande et d'action destinée à combattre, par tous les moyens possibles, la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge.

La ligue contre la mortalité infantile se propose de provoquer le développement des œuvres d'initiative privée sur tous les points du territoire où l'examen des statistiques lui en démontrera la nécessité. Loin de vouloir se substituer à aucune des œuvres existantes ayant pour objet la protection et l'assistance de la première enfance, elle s'efforcera, au contraire, d'appeler l'attention sur leur existence et leurs bienfaits.

La ligue se propose de faire appel, s'il y a lieu, à

l'intervention des pouvoirs publics ; elle a notamment l'intention de rechercher, avec le concours des administrations et des médecins, les causes de décès, de mortalité infantile dans un grand nombre de localités, elle prescrira, suivant les résultats de ces enquêtes locales, les différents moyens à employer, elle se mettra à la disposition des municipalités et des initiateurs pour aider à la création de refuges-ouvroirs, de maternités hospitalières, de Sociétés d'assistance maternelle à domicile, de mutualités maternelles, de secours, d'allaitement maternel, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait, de crèches et dispensaires, de patronages, etc., pour propager et faciliter la distribution du lait stérilisé, pour organiser des conférences d'éducation maternelle, en un mot, pour coopérer à toutes les institutions et œuvres ayant pour objet la protection des mères nécessiteuses et des nourrissons élevés dans leurs familles, placés en nourrice, protégés, secourus, assistés.

La ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge, elle centralisera tous les documents français et étrangers y relatifs, elle publiera des notices et des brochures, elle répondra à toutes les demandes de renseignements, elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation.

La Faculté et les Hôpitaux

Concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hopitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 24 mars 1902, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 24 février, et sera clos définitivement le samedi 8 mars, à trois heures.

Concours pour la nomination a trois places de dentiste-adjoint des hopitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 1er mai 1902, *à midi*, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, *de midi à trois heures*, du mardi 1er avril au lundi 14 du même mois inclusivement.

Conférences, Cours et Leçons. — Vade-mecum de la saison.

Lundi. — *Conférences cliniques du Dr Brissaud, sur les maladies nerveuses*, Hôtel-Dieu 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies mentales*, Pr Joffroy, Asile clinique, midi et demi. — *Chirurgie abdominale*, Dr Lejars, *Tenon*, 10 heures et demie. — *Exercices de radiographie*, Dr Béclère, Hôpital St-Antoine, 4 heures du soir. — Droit d'inscription de 90 fr. pour six séances en une quinzaine. — *Conférences d'opthalmologie*, Dr Druault, Hôtel-Dieu, 4 heures et demie du soir. — *Conférences de déontologie*, Dr Legendre et Dr Lepage, petit amphithéâtre, 8 h. 1/2 du soir.

Mardi. — *Clinique des maladies nerveuses*. Pr Raymond, Salpêtrière, 10 heures du matin. — *Maladies mentales*, Bicêtre, Dr Ch. Féré, 9 heures, et Dr P. Marie 9 heures et demie. — *Conférences d'ophtalmologie*, Dr Trousseau, Quinze-Vingts, 1 heure. — *Massage*, Dr Dagron, Hôtel-Dieu, onze heures.

Mercredi. — *Thérapeutique appliquée*, M. A. Robin, grand amphithéâtre de la Pitié, 9 h. 3/4. — *Chirurgie infantile*, Dr Broca, Tenon, 10 heures et demie. — *Maladies de l'appareil circulatoire*, Dr E. Barié, amphithéâtre des cours de l'hôpital Laënnec, 10 heures. — *Maladies du cuir chevelu*, Dr Sabouraud, Hôpital St-Louis, 10 heures. — *Diagnostic ophtalmologique*, Dr Kalt, Quinze-Vingts, 2 heures. — *Exercices de radiographie*, Dr Béclère, Hôpital St-Antoine, 4 heures. — *Médecine légale psychiatrique*, Dr P. Garnier, 3, quai de l'Horloge, 1 heure 1/2 — Cartes d'admission après le 4e de doctorat, certificat après trois mois de cours. — *Travaux pratiques de bactériologique*, Dr Macaigne, amphithéâtre des hôpitaux, 2 heures. — *Massage*, Dr P. Archambaud, Ecole de massage, 21, rue Cujas, 6 h. du soir.

Jeudi. — *Clinique obstétricale*, Dr Maygrier, Charité, 10 heures. — *Clinique chirurgicale*, Dr Lucas-Championière, Hôtel-Dieu, 10 heures. — *Bactériologie ophtalmologique*, Dr Dubief, Quinze-Vingts, 2 heures.

Vendredi. — *Cliniques médicales*, Dr Landouzy, Laënnec, 10 heures. — *Cliniques thérapeutiques*, Dr Huchard, Necker, 10 heures. — *Cliniques* du Dr Raymond, Salpêtrière, 10 heures., du Pr Joffroy, Asile clinique, midi et demi. — *Maladies des enfants*, Dr Bourcy, Tenon, 10 h. 1/2. — *Conférences d'ophtalmologie*, Dr Druault, Hôtel-Dieu, 4 h. 1/2, du Dr Valude, Quinze-Vingts, 2 h. 1/2. — *Exercices radiographiques*, Dr Béclère, St-Antoine, 4 heures. — *Médecine légale psychiatrique*, Dr P. Garnier, 3 quai de l'Horloge, 1 h. 1/2. — *Conférences de déontologie*, Drs Legendre et Lepage, 8 h. 1/2 du soir.

Samedi. — *Maladies nerveuses des enfants*, Dr Bourneville, Bicêtre, 9 h. 1/2. — *Maladies de la peau et syphilis*, Dr Thibierge, Hôpital Broca-Pascal, 10 heures. — *Maladies du cuir chevelu*, Dr Sabouraud, St-Louis, 10 heures. — *Clinique médicale et thérapeutique*, Dr Legendre, Tenon, 10 heures et demie. — *Maladies de la peau*, Dr du Castel, St-Louis. 1 h. 1/2. *Ophtalmologie*, Dr Chevallereau, Quinze-Vingts, 1 heure.

Dimanche. — *Radiologie*, Dr Béclère, St Antoine, 10 heures. — *Maladies nerveuses*, Dr G. Ballet, amphithéâtre Trousseau, 10 heures.

Les conférences d'Internat, qui avaient été ouvertes à l'hôpital Laënnec, auront lieu désormais à l Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau à 2 h. 1/2 tous les vendredis.

Concours d'Internat. — Séance du 31 janvier. *Pathologie* : MM. Saillart, 10 ; Perrin, 7 ; Manet (J.), 10 ; Liné, 9 ; Chartier, 10 ; Hérisan, 6 ; Houzel, 6 ; Carlotti, 9 ; Fournier, 7. Absents : MM. Chazaran, Girod, Lehman, Pernet. — Séance du 1er février. *Anatomie* : MM. Walter, 6 ; Savornin, 3 ; Desmarest, 9 ; Cottard (G.), 9 ; Sée, 7 ; Mlle Mouroux, 9 ; Hubert, 11 ; Absents : MM. Labrevoit. Bresselle, Richon, Munch, Batisse, Kapler, Guilloire. Séance du 3 février. *Pathologie* : MM. Renaud, 9 ; Rocques, 8 ; Krantz, 6 ; Levy-Frankel, 10 ; Fay, 4 ; Beaufumé, 11 ; Autefage, 10 ; Privat de Fortunié, 6. — Séance du 4 février. *Anatomie* : MM. Dalimier, 5 ; Manoussi, 7 ; Georget, 7 ; Le Meur, 9 ; Le Louët, 6 ; Faure-Beaulieu, 9 ; Gandeau, 13 ; Dupouy, 10. — Séance du 5 février. *Pathologie* : MM. Debidour, 9 ; Bailleul, 8 ; Maunget, 5 ; Auburtin, 11 ; Thuilleux, 9 ; Baillou, 9 ; Chiraz, 10 ; Chapotin, 6 ; Pater, 9 ; Chutexo, 4. Absents : MM. Guérault, Hudelot, Bonneterie, Rœderer, Pierart, Lebret, Lebras, Durez, Bonhomme, Jouve, Clermontle, Croste, Chapaz.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Sont nommés internes titulaires en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine : MM. Jucquelier, Perpère, Jamet, Levassort, Lavenant. Internes provisoires : MM. Cointepas, Auden, Danjan.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4792. M. le docteur Brun, de Briançon (Hautes-Alpes), présenté par M. le docteur Jartel, de Monestier-les-Bains.

N° 4793. — M. le docteur Rosoy, de Paris, présenté par M. le docteur Charlier, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Mongin, de Romans (Drôme), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 8 22 FÉVRIER 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

Nous nous empressons d'offrir à notre excellent confrère, M. le Dr Le Gendre, la publication du journal, pour la constitution de la *Ligue des médecins et des pères de famille en vue de l'amélioration de l'hygiène scolaire*. Bon nombre de nos lecteurs auront des idées à exprimer sur cet intéressant sujet, presque tous apporteront au moins leur adhésion, quelques-uns enfin occupent des situations officielles ou électives, et leur concours sera particulièrement précieux pour la propagande. Qu'ils veuillent bien, les uns et les autres, concentrer leurs envois à notre Bureau, 23, rue de Dunkerque, ou à l'adresse de M. le Dr Le Gendre, 25, rue de Châteaudun, qui les tiendra au courant du résultat des efforts en un petit bulletin hebdomadaire que nous nous ferons un plaisir de publier.

Il faut vraiment que, dans ces graves questions où l'avenir de nos enfants et de ceux des familles que nous soignons, est si gravement en jeu, l'avis du corps médical soit donné d'une façon éclatante et pèse de tout son poids sur les solutions à intervenir. Les membres du Concours doivent au moins l'appui de leur nom à celui qui a pris l'initiative de l'appel : nous sommes convaincus que tous répondront avec empressement, et enverront de longues listes de pères de famille imbus des mêmes idées.

C'est là une Ligue plus intéressante que bien d'autres de notre connaissance où tant de médecins se sont pourtant inscrits sans autre bénéfice que d'avoir fait le jeu de quelques politiciens.

Le Conseil de Direction.

PROPOS DU JOUR

Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.

Au moment où j'ai adressé, au nom de M. Albert Mathieu et au mien, un appel à nos confrères à propos de la réforme de l'enseignement secondaire, on ne prévovait pas que celle-ci dût venir si tôt en discussion devant la Chambre des députés. On pouvait penser qu'un sujet de cette importance ne serait pas traité si rapidement, comme un hors-d'œuvre, à propos d'un chapitre du budget, et qu'il serait renvoyé à l'examen de la législature suivante. Il en a été autrement, et après deux jours de brillants développements oratoires, où la politique a tenu beaucoup plus de place que la pédagogie, les réformes proposées par le ministre de l'instruction publique d'accord avec la commission, ont reçu l'approbation de la majorité des députés ; elles vont donc être édictées et nous n'avons plus à nous occuper d'exercer une action sur le Parlement.

Nous ne songeons cependant pas à abandonner notre projet de poursuivre, d'accord avec ceux de nos confrères et des pères de famille que la question intéressera, une campagne en vue de provoquer certaines réformes dans la pédagogie contemporaine.

Les arrêtés ou décrets qui vont être promulgués par le ministre, ne sont pas pour nous déplaire ; ils constituent des codes plus élastiques que les précédents pour enrégimenter nos collégiens. Mais, quels que soient les avantages des nouveaux cycles d'études secondaires, il est à prévoir que rien ne sera changé aux programmes et aux méthodes que nous déplorons comme des facteurs de surmenage et d'hébétude pour beaucoup d'enfants.

Au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu, presque rien n'a été dit contre l'insuffisance ou la défectueuse organisation des exercices physiques, la vicieuse installation des locaux, la négligence de la propreté corporelle, le mépris de l'hygiène alimentaire dans beaucoup d'établissements scolaires, contre les programmes encyclopédiques et les méthodes trop peu pratiques.

Plus que jamais nous croyons indispensable d'émouvoir l'opinion médicale et par elle l'opinion publique, en faveur d'une révision attentive de ces programmes pour les alléger, et de ces méthodes pour les amender.

Nous prions donc nos confrères de se rappeler notre précédent appel et d'y répondre soit par leurs adhésions, soit par leurs réflexions, afin que nous puissions constituer promptement et sur les bases les plus larges, notre association, sous le titre un peu modifié de *Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.*

Paul Le Gendre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les lavements alimentaires

Voici d'après M. le Dr H. Surmont, dans « l'Echo Médical du Nord », la meilleure technique à suivre pour l'administration des lavements alimentaires :

Il faut observer deux sortes de précautions : les unes pour la préparation, les autres pour l'introduction.

1° *Préparation du lavement alimentaire.* — Les lavements de viande crue et de pancréas, dont l'action utile serait considérable d'après les travaux de Leube, sont abandonnés depuis longtemps à cause des grosses difficultés qu'il y a à se procurer aisément du pancréas frais. On n'utilise plus guère aujourd'hui que les lavements de peptone et d'œufs.

La *peptone* est une bonne préparation dont l'emploi est courant : elle a l'inconvénient de coûter cher, quand elle est pure, et il est indispensable de recourir aux bonnes marques si on veut éviter les substances irritantes et même toxiques que contiennent les peptones impures du commerce.

Les *œufs* sont faciles à se procurer ; leur albumine, aussi bien absorbée par l'intestin que la peptone, est bien utilisée par l'organisme, quand on ajoute au véhicule deux grammes de sel de cuisine par œuf (Huber).

Aussi, la règle de conduite la plus recommandable nous paraît être la suivante : on commencera par tâter la susceptibilité de l'intestin, en usant d'abord simplement de la solution salée physiologique à 8 %. On introduira ensuite dans le lavement un œuf entier (jaune et blanc) puis deux œufs, en ajoutant deux grammes de chlorure de sodium par œuf. Enfin on remplacera la moitié de l'eau par du lait, puis on mettra le lait pur : on pourra corser encore la valeur alimentaire du lavement en y ajoutant une, puis deux cuillerées à soupe de peptone.

La plupart du temps nous n'avons pas recours à cette adjonction, *les lavements sans peptone étant supportés plus longtemps* par l'intestin. Dans ces conditions la formule du lavement complet devient :

Œufs frais n° 2.

(Battre dans un peu d'eau jusqu'à ce que le blanc ne file plus, passer au tamis s'il reste quelques grumeaux d'albumine).

Ajouter : Eau ou lait, Q. S. pour 300 c. c.
Chlorure de sodium, 4 grammes.

Si on le juge nécessaire, on ajoute à ce lavement, selon les indications, soit deux cuillerées à soupe de peptone sèche soluble, soit dix à quinze gouttes de laudanum de Sydenham, soit une cuillerée à café de cognac.

2° *Administration du lavement alimentaire.* — La première précaution à prendre est de *vider le gros intestin chaque matin* par un large lavement évacuateur, de façon à faciliter l'absorption du lavement nutritif et à éviter qu'il ne se putréfie rapidement, en donnant naissance à des produits irritants pour la muqueuse ou toxiques pour l'organisme.

Les lavements nutritifs seront répétés à inter-

valles réguliers dans la journée, *de quatre heures en quatre heures*. On surveillera soigneusement la quantité d'urines émises afin de se rendre compte de la valeur de l'absorption.

Les lavements seront donnés *très lentement* et *tièdes*, pour éviter de solliciter les contractions intestinales, le malade étant dans le *décubitus dorsal*.

On utilisera une *canule de caoutchouc rouge et souple* de 20 à 25 centimètres de long (sonde de Nélaton n° 20 de la filière Charrière) et soit une poire en caoutchouc de 300 grammes qu'on aura soin de vider très lentement, soit plutôt *un bock* placé à trente ou quarante centimètres au dessus du plan du lit. L'addition de laudanum chez les malades qui ont de la difficulté à garder leurs lavements est d'un emploi courant. Il est rare pourtant que ce moyen suffise à vaincre une intolérance rectale bien réelle.

Définition de l'hystérie.

Voici, d'après M. le Dr *Babinski*, dans une communication à la société de neurologie de Paris, la définition de l'hystérie :

« L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Nouveau procédé pour la recherche du glucose dans les urines.

M. le Dr *de Gebhardt*, de Budapest, indique un nouveau procédé pour la recherche du glucose dans les urines par l'acide orthonitrophénylpropiolique ; la réduction de l'acide orthonitrophénilpropiolique par le sucre de raisin a été mise en évidence par Beyer en 1880.

La fabrique d'Elberfeld prépare ce produit en tablettes comprimées avec du carbonate de soude.

La recherche du sucre au moyen de ces tablettes se fait en dissolvant une tablette de 10 centimètres cubes d'eau et en y ajoutant 10 gouttes de liquide sucré ou d'urine ; on chauffe durant trois à quatre minutes et, dans le cas où le liquide contient du sucre, la solution prend une *teinte bleu indigo*. Si on laisse le liquide reposer pendant quelques instants, le bleu indigo, insoluble dans l'eau, se dépose au fond du vase. Dans cette réaction l'acide orthonitrophénylpropiolique chauffé avec du sucre, en présence du carbonate de soude, se transforme en indigo.

On peut employer un procédé un peu différent : au lieu de dissoudre d'abord les tablettes, on prend 10 à 15 gouttes de l'urine ou du liquide à examiner, puis on y ajoute 10 cent. cubes d'eau distillée, et enfin, les tablettes ; on chauffe le tout deux à quatre minutes avec précaution. Le liquide qui contient du sucre devient d'abord verdâtre, ensuite bleu indigo foncé.

Lorsque, à cause d'une grande dilution, la réaction est négative, par suite de la trop faible quantité de sucre, l'examen peut être fait avec de l'urine non diluée.

Parfois la couleur bleue n'est pas suffisamment intense ; il faut alors ajouter au liquide du chloroforme et agiter le tout. Le chloroforme dissout l'indigo et prend une teinte bleue, tandis que le reste du liquide demeure incolore.

Après avoir montré que la réaction de l'acide orthonitrophénylpropiolique ne réussit qu'avec de l'urine contenant du sucre de raisin, qu'en outre cette réaction n'est pas empêchée par la présence de l'acide benzoïque, du chloral, du carbol, du gaïacol, de la rhubarbe, de l'acide salicylique, de l'iode, de la térébenthine, et que sa sensibilité est très grande, nous pouvons favorablement conseiller ce procédé à tous les cliniciens.

Cette méthode se recommande surtout parce que l'exécution en est simple et prompte et qu'il ne faut pas d'autre substance que les tablettes et quelques gouttes d'urine.

De plus le prix de revient n'en est pas élevé.

Enfin j'ai essayé cette réaction pour des déterminations quantitatives. Mais elle n'est pas propre à des examens colorimétriques, attendu que le liquide se trouble, devient opaque, et que, outre le bleu d'indigo, il se forme encore des produits incolores (blanc d'indigo) et d'autres colorés (rouge d'indigo).

Avec cette modification, on a examiné l'urine de malades atteints des affections les plus variées et l'on a trouvé que la réaction *de l'acide orthonitrophénylpropiolique ne se produit que si l'urine contient du sucre de raisin.*

L'urine qui contient *de la substance colorante biliaire, de l'acide urique, de l'albumine, du sang, des phosphates, ne donne pas cette réaction.*

En mêlant à cette urine une dilution de dextrose ou d'urine sucrée, l'expérience réussit toujours, même s'il y avait très peu d'albumine, de pus ou de sang ; mais alors on doit faire bouillir plus longtemps.

Quant à la sensibilité de ce procédé, on a trouvé que 0 gr.030 de dextrose additionnés à 100 grammes d'eau, c'est-à-dire une solution à 1/3 p. 1000 environ, donne la teinte bleue indigo, si elle n'est pas étendue. Une solution à 0,025 p. 100 donna une coloration verte ; enfin une solution à 0,05 p. 100, même diluée, amena la réaction (10 gouttes + 10 centimètres cubes d'eau.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

Accidents pathologiques et traitement du phimosis.

Je vais opérer tout à l'heure, pour un phimosis, un garçon de 16 ans. Bien qu'atteint d'une forme légère de cette affection, notre jeune malade en a déjà éprouvé toute une série de désagréments, les uns légers, les autres pénibles, et il est entré à l'hôpital décidé à subir la circoncision. Vous aurez souvent des cas analogues à soigner au cours de votre carrière profession-

nelle ; aussi m'a-t-il paru intéressant d'insister un peu sur cette lésion, de pratique, pour ainsi dire, journalière.

Le phimosis est une conformation particulière du prépuce telle que le gland ne peut pas être découvert. La dénomination de phimosis est tirée de l'étymologie grecque φιμος, qui signifie *lien*. Et, effectivement, c'est bien un lien qui entoure le gland et empêche de le découvrir, le mot lien s'appliquant à tout le prépuce et plus particulièrement à son bord libre, à son limbe terminal, ce dernier agissant comme une véritable ficelle rigide.

Il existe deux variétés anatomiques de phimosis, importantes à distinguer l'une de l'autre au point de vue symptomatologie et traitement. Dans la première, le capuchon préputial est normal comme longueur, il s'applique sur le gland sans le dépasser de façon excessive. Son orifice seul est pathologique, assez diminué de largeur pour qu'il devienne impossible de le ramener en arrière par des pressions sur la peau. Dans la seconde variété, le prépuce est, au contraire, hypertrophié, allongé et dépasse notablement le gland au-dessus duquel il forme une espèce de cône de hauteur variable. Cette conformation spéciale est loin d'être rare et beaucoup d'enfants, je dirai même la plupart, viennent ainsi au monde. Chez un très grand nombre d'entre eux, malgré cela, on arrive sans difficulté à découvrir la couronne du gland. L'hypertrophie préputiale, en effet, ne constitue pas le phimosis, elle s'y adjoint en lui donnant une physionomie nouvelle.

Avec ou sans allongement du prépuce, le phimosis reste donc caractérisé essentiellement par une sténose du limbe. Chez certains sujets, on arrive encore à découvrir et à apercevoir l'orifice uréthral ; chez d'autres, l'ouverture est tellement étroite qu'on peut à peine y introduire un stylet.

Il est une autre division également nécessaire à établir. Elle concerne l'origine congénitale ou acquise de la maladie. Le phimosis congénital est celui que l'enfant apporte en naissant et dont je viens de parler. Le phimosis acquis se développe plus tard, dans le cours de l'existence, mais il ne peut se produire que si le prépuce est naturellement assez allongé. Je me contenterai d'en dire quelques mots ; en raison de son importance pratique il mériterait à lui seul une leçon. Il apparaît chez l'adolescent ou chez l'adulte, parfois à un âge beaucoup plus avancé — je l'ai observé sur un sujet de 69 ans. Il relève de causes multiples, le diabète permanent ou transitoire, les chancres simples ou spécifiques, etc. Il y a 35 ou 40 ans j'ai, personnellement, écrit un mémoire sur le traitement du phimosis acquis ; j'y indiquais que, dans certains cas l'abstention thérapeutique était de rigueur, ayant vu une fois une circoncision pour phimosis diabétique se terminer par la mort de l'opéré. Je laisse maintenant entièrement de côté le phimosis acquis pour ne m'occuper que de la variété congénitale, seul objet de cette leçon.

Quels sont les accidents pathologiques du phimosis congénital, quelles sont par cela même les indications opératoires ? Ils sont très nombreux et je vais les énumérer successivement.

1° Les troubles de la miction. Très communs, ils frappent et attirent tout d'abord l'attention. Ils peuvent être à peine accusés. Chez notre malade, en particulier, ils se réduisent à un léger éparpillement du jet d'urine qui vient tomber sur les vêtements au commencement de la miction, chose peu grave sans doute, mais néanmoins fort désagréable. Généralement, ils sont plus accentués. Lorsque l'orifice préputial est très étroit, son débit est inférieur à celui de l'urèthre. Dès que le malade urine, il se produit une distension, une poche préputiale, et les parents viennent vous dire qu'à ce moment la verge de l'enfant se gonfle à son extrémité et qu'il faut presser dessus pour la vider. En réalité, le sujet urine en deux temps, d'abord dans son prépuce, puis, lentement, par l'orifice de ce dernier.

2° Les calculs. Vous ne serez pas étonné d'apprendre que dans l'espace balano-préputial où séjourne l'urine, il peut se développer des calculs. J'en connais des exemples.

3° Les adhérences. Certaines modifications anatomiques résultent quelquefois du phimosis. Par exemple, l'atrophie du gland comprimé par l'urine non évacuée ou encore l'adhérence préputiale. Ces adhérences se créent soit à la suite d'inflammations répétées des culs-de-sacs, soit spontanément, sans inflammation précise. Elles ont le grave inconvénient d'entraver notablement l'intervention chirurgicale. Je me rappelle avoir, un jour, opéré un de mes élèves dans ces conditions. Or, au moment de détacher la muqueuse, j'eus infiniment de peine et la douleur ressentie par le patient fut très vive. Il convient de tenir compte de cette complication des phimosis anciens ; on l'évitera en opérant de bonne heure.

4° Accidents simulant l'épithélioma. Le phimosis, a-t-on dit, prédispose à l'épithélioma. J'ignore si le fait est exact. Il est certain, par contre, que la sténose préputiale peut engendrer des phénomènes complètement analogues aux néoplasies malignes, induration, suintement et douleurs. Ces signes prêtent tellement à confusion que, il y a seulement 4 ou 5 ans, un de nos confrères, médecin des hôpitaux, vint me voir dans un état lamentable d'esprit, se croyant atteint d'un épithélioma de la verge. Il était absolument hanté par cette idée. Il s'agissait uniquement et fort heureusement d'un simple phimosis congénital non opéré, lequel était l'origine d'une irritation prolongée du gland et d'un pseudo-épithélioma.

5° Troubles de la copulation. Le phimosis empêchant la sensibilité du gland d'être mise en jeu diminue d'abord le plaisir du coït. C'est une source de sensibilité d'amoindrie ou même d'abolie. Il provoque, en outre, une mauvaise éjaculation. Le sperme, en effet, ne s'écoule pas, il s'accumule, comme l'urine pendant la miction, au-dessous du prépuce. Les sujets atteints de phimosis sont souvent inféconds ; ils accomplissent l'acte d'une façon moins agréable et leur sperme ne s'écoule en dehors que lentement, sans jet, sans projection sur le col utérin. Ils éjaculent en deux temps comme ils urinent, dans leur prépuce en premier lieu. Certains auteurs ont attribué à la circoncision l'extrême fécondité de la race juive. Godart raconte également qu'en Egypte on avait coutume de pratiquer, le jour même et pour préliminaire du mariage, la circoncision chez le fiancé.

6° Le paraphimosis. C'est un autre accident de la copulation. Le paraphimosis désigne le retrait forcé du prépuce en arrière, le limbe préputial rétréci formant ficelle et serrant étroitement la couronne du gland. Une telle lésion est extrêmement pénible et rien que pour l'éviter on devrait toujours se faire opérer le phimosis. Lorsque le chirurgien arrive à temps, il parvient, il est vrai, souvent à la réduire, mais quelquefois, dans les interventions tardives surtout, il n'y réussit pas et il s'ensuit alors une sérieuse menace de gangrène de la verge. Chez notre malade, il ne s'est jamais produit de paraphimosis, toutefois ce jeune homme ressentait au cours du coït une traction en arrière du prépuce et, se rendant compte de ce qui se passait, il y prenait garde et usait de mille artifices, de mille précautions, pour le prévenir.

7° La masturbation. On a reproché au phimosis de prédisposer les enfants à la masturbation. C'était l'opinion de Guersant, un spécialiste en clinique infantile, et je la croirais volontiers exacte. On conçoit aisément que l'irritation permanente entretenue par l'affection préputiale soit capable de porter à la masturbation.

8° La balano-posthite. Complication fréquente et importante. Nous avons vu que le phimosis acquis était communément provoqué par une balano-posthite d'origine speciale (chancreuse et chancrelleuse). Eh bien ! nous observons maintenant le fait inverse, le phimosis congénital causant la balano-posthite. Le mécanisme est d'ailleurs facile à saisir, les frottements incessants et le défaut de nettoyage de l'espace balano-préputial étant une étiologie suffisante. Le phimosis accompagné de balano-posthite suppurée simule à première vue la blennorrhagie. On peut s'y tromper et j'ai vu des praticiens autorisés faire la confusion. Bien entendu lorsque le méat urinaire peut être nettement découvert, l'erreur est facile à éviter.

La balano-posthite d'origine phimosique ne prend jamais dans nos climats des proportions sérieuses. Il n'en va pas de même dans les pays chauds où elle se complique parfois d'inflammations graves, suffisantes pour amener la gangrène, ce que les anciens auteurs appelaient le charbon de la verge. La fréquence de cette balano-posthite gangreneuse semble bien avoir été pour quelque chose dans l'institution de la circoncision chez les peuples hébreux. En France et dans les contrées tempérées, de semblables accidents ne sont pas à craindre. On y observe néanmoins très fréquemment des balano-posthites, qui, pour être simples, n'en sont pas moins capables de laisser après elles une atrésie plus complète encore de l'orifice préputial, chose extrêmement gênante pour le malade.

9° Prédisposition à contracter la syphilis. Les sujets atteints de phimosis semblent plus exposés que les autres à prendre la syphilis. Chez les circoncis la muqueuse du gland se cutanise, devenant ainsi moins sensible, sans doute, mais par contre plus résistante aux contagions vénériennes, Hutchinson a fait, à ce propos, des relevés statistiques et il a trouvé, toutes proportions gardées, 1 syphilitique circoncis pour 15 non circoncis. Une telle différence, si vraiment elle est exacte, donne une réelle valeur prophylactique à la circoncision.

10° Pertes séminales et incontinence d'urine. Un médecin qui s'est beaucoup occupé d'affections des voies génito-urinaires, Lallement, de Montpellier, attribuait une grande importance au phimosis comme facteur pathogénique des pertes séminales. On a également rattaché à l'affection qui nous occupe un certain nombre de cas d'incontinence nocturne d'urine de l'enfance. Trousseau examinait toujours, dans cette dernière maladie, le prépuce et, lorsque la thérapeutique médicale échouait, il pratiquait la circoncision en cas de sténose du limbe. D'autres auteurs ont aussi étudié la question et l'un d'eux a pu, sur 8 adultes atteints d'incontinence d'urine, obtenir par la circoncision. 6 fois la guérison. Le fait est utile à noter et à retenir.

11° Névropathies réflexes. Je terminerai l'énumération des accidents dus au phimosis par les curieuses observations d'Auguste Reverdin, de Genève. Ce scrupuleux clinicien a constaté des phénomènes morbides réflexes assez extraordinaires, d'origine phimosique. Il rapporte l'exemple d'un enfant de 9 ans qui présentait tous les symptômes d'une coxalgie à sa première période, chez lequel ces troubles disparurent comme par enchantement après la circoncision. Il signale dans le même ordre d'idées l'hypochondrie, la mélancolie sous la dépendance d'un phimoisis. Il cite des sujets guéris d'hystérie, voire d'épilepsie, par la résection du prépuce.

En énumérant cette longue liste d'accidents, nous avons ainsi établi les indications du traitement. On peut poser en principe que tout phimosis assez développé doit être opéré, puisqu'il constitue pour le patient pendant son existence entière, une source continuelle de désagréments et de complications.

Le traitement à appliquer a pour but de permettre au gland d'être découvert sans difficulté. On y parvient en élargissant le prépuce, opération nommée circoncision.

Les deux divisions que j'ai indiquées en parlant de l'anatomie pathologique du phimosis se retrouvent à propos du traitement. Dans la première variété, le prépuce n'étant pas allongé il n'y a pas lieu d'en réséquer une partie. Pour ces cas, Nélaton avait proposé la dilatation du limbe. J'avoue n'avoir jamais employé ce procédé, infiniment trop long ; je ne l'ai même jamais vu faire par Nélaton lorsque j'étais dans son service. Je craindrais une récidive.

Dans cette première variété, le prépuce étant rétréci mais non allongé, le chirurgien peut se contenter d'une incision dorsale qui suffit à la guérison sans déformer beaucoup la verge. C'était dans le but de simplifier l'intervention, qu'un médecin de Rouen a conseillé de sectionner le prépuce en laissant à demeure un fil passé à sa base et lié, le malade continuant à vaquer à ses occupations.

Lorsque le prépuce est rétréci avec allongement (2me variété), la circoncision doit être faite différemment. Je me garderai de vous énumérer les nombreux procédés proposés pour cette opération, ils sont presque aussi multiples que ceux de l'ongle incarné. Chaque pays, chaque chirurgien même, possède sa méthode. Je vous exposerai simplement la technique à laquelle j'ai recours personnellement.

Certains praticiens recommandent de faire rigoureusement la section de la muqueuse au mê-

me niveau que celle de la peau. Je n'attache pas un bien grand intérêt à ce détail auquel je trouve, de plus, un inconvénient. Pour atteindre un tel but, en effet, on tire beaucoup sur le prépuce et on pratique une section horizontale ; il y a, alors, de très grandes chances que l'artère du frein soit intéressée d'où hémorrhagies immédiates ou secondaires, parfois très graves. J'en connais une observation presque mortelle.

Il faut, dans un premier temps, attirer à soi la peau et la muqueuse. La traction doit être assez puissante pour que la totalité du prépuce soit sectionnée, pas trop intense cependant car, dans ce dernier cas, vous risqueriez, une fois la peau rétractée, de voir la verge absolument à nu jusqu'au pubis.

Quoi qu'il en soit, le prépuce étant convenablement tiré, placez sur lui une pince, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant suivant la direction de la couronne du gland. On évite sûrement ainsi l'artère du frein. Sectionnez ensuite, d'un coup, la peau et la muqueuse à l'aide du bistouri toujours manœuvré de haut en bas et d'arrière en avant. Prenez garde de ne pas retrancher une partie du gland comme j'ai vu, un jour, le fait se produire avec, pour conséquence, un énorme rétrécissement du méat urinaire. Voyez donc auparavant si le gland est bien dégagé ; vous en reconnaîtrez la consistance spéciale au travers du prépuce. Ce dernier pouvant être induré par la balano-posthite et prêter à confusion, attendez toujours la disparition des phénomènes inflammatoires avant d'opérer.

Aussitôt le prépuce coupé, la peau se retire laissant la muqueuse appliquée sur le gland. On sectionne celle-ci avec des ciseaux et on la suture au revêtement cutané avec du catgut. Je fais une suture à points séparés, constituant une couronne de fils de catgut qui disparaît par résorption sans avoir besoin d'être enlevée, avantage à considérer chez les enfants. Je termine par un pansement simple, une compresse trouée à son centre pour permettre le passage de l'urine.

Les anciens rabbins déchiraient la muqueuse avec l'ongle et faisaient l'hémostase par succion buccale. Ces pratiques sont aujourd'hui généralement abandonnées. On n'emploie guère, non plus, les serre-fines remplacées par les agrafes et beaucoup mieux, surtout, par la suture. Je connais des exemples de chancres syphilitiques dus à des serre-fines contaminées.

La circoncision peut se pratiquer sans anesthésie. Dans la seconde partie de l'opération, on atténuera la douleur au moyen de compresses cocaïnées.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Ecrasement des deux os de la jambe. Gangrène. Guérison par l'eau oxygénée.

Prosper B., 38 ans, cultivateur, est un alcoolique. Le 14 nov. 1900, une charrette pleine de varech lui broie la jambe droite déjà difforme, à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Hémorrhagie abondante. Quand j'arrive, deux heures après l'accident, la jambe a triste apparence : une plaie contuse, souillée de terre, longue de 0,15 cent., large de 0,08, occupe la face antérieure de la jambe ; l'aponévrose est déchirée, et le jambier fait une hernie volumineuse. Le tour de la plaie est le siège d'un épanchement énorme ; le pied ballote comme celui d'un pantin ; après nettoyage à l'eau phéniquée, je constate d'abord la présence de 2 fragments principaux, longs de 0.12 cent. environ, et appartenant, l'un au tibia, l'autre au péroné ; ces fragments, entièrement détachés, ont basculé et ne répondent plus à leur direction primitive. Le doigt introduit dans la plaie rencontre de nombreuses esquilles enfouies dans les chairs. Le sang coule en assez grande abondance.

En face d'un traumatisme aussi grave, je prie mon excellent confrère, le Dr Neveur, de vouloir bien m'assister. D'un commun accord, nous décidons d'immobiliser le membre dans une gouttière laminée de Raoult-Deslonchamps, remettant à plus tard la réduction proprement dite de la fracture. Nous appliquons un Scultet imbibé d'un mélange résolutif d'eau blanche, d'acool camphré et de laudanum. Le Scultet est renforcé au niveau de la plaie par 2 compresses longuettes ; la gouttière est garnie d'une épaisse couche d'ouate et d'une toile cirée, 3 tampons sont disposés, l'un sur la hernie musculaire, le 2e sur le dos du pied, le 3e sur la rotule ; ces deux derniers ont pour effet de produire l'extension et la contre-extension. Le tout est maintenu par des lacs munis de boucles. C'est, en somme, le pansement recommandé par l'inventeur de cette gouttière, si facile à improviser partout, et si utile aux médecins de campagne dans un cas d'urgence.

Notre blessé une fois empaqueté dans son appareil, *n'a plus souffert*, et ce résultat, qui s'est maintenu pendant toute la durée du traitement, n'est pas le moindre avantage de ces appareils aussi ingénieux que simples et pratiques.

Le lendemain 15 nov., la fièvre s'allume, la plaie a mauvaise odeur ; le 18, l'odeur est repoussante ; le 20, le thermomètre monte à 40°, il y a des frissons, l'odeur est atroce ; le centre de la plaie est noir ; à la périphérie, les chairs sont livides, décollées ; la jambe est énorme. Je fais ce jour le 1er lavage à l'eau oxygénée, renonçant à l'eau phéniquée ou sublimée que j'avais employée 2 fois par jour, à tour de rôle. Le sulfate de quinine, à continuer, a été absorbé jusqu'ici à la dose de 0.50 cent.

Le 22, les symptômes se sont aggravés, la jambe est un peu froide ; à sa partie externe 2 fistules se sont ouvertes. Vin de quinquina.

Le 23, le thermomètre descend à 36°0, l'odeur est moins repoussante, le membre est moins gros, moins livide, plus chaud. Suppuration assez abondante.

Du 23 nov. au 7 déc., seule, la température du soir s'élève un peu, mais sans dépasser 38° ; le 7, défervescence.

Dès le 27, je supprime le Scultet pour simplifier le pansement, qui a lieu tous les jours, et consiste en lavage à l'eau oxygénée, injection du même produit dans les fistules, et application de gaze salolée.

Le 5 déc., les bourgeons charnus deviennent exubérants et doivent être cautérisés tantôt au nitrate d'argent, tantôt à l'alun.

Le 25 déc., la plaie a un diamètre de 0.06 cent. environ. Pansement tous les deux jours. Le 31, j'enlève 2 esquilles de formes très-irrégulières. Sous le tendon d'Achille, au talon, je découvre une petite plaie qu'il faut soigner aussi : je le fais à travers la lunette ménagée au talon de la gouttière. En revanche, les fistules sont fermées à partir du 2 janvier, pansement tous les 4 jours seulement.

Le 14 fév. je supprime la gouttière ; le malade, malgré ma défense, lève la jambe tout seul. La consolidation de la fracture est commencée depuis le 25 nov., ainsi que nous avions pu nous en rendre compte, M. le Dr Neveur et moi.

La guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à aujourd'hui, et le malade, bien qu'ayant la jambe un peu difforme, marche fort bien sans le secours de ses béquilles dont il ne se sert plus depuis le mois de mai.

Dr Caillard,
Sainte-Marie-de-Ré.

CHIRURGIE PRATIQUE

Réduction des luxations de l'astragale par la bande d'Esmarch.

Tous les ouvrages classiques s'accordent à reconnaître la difficulté de réduction que présentent les luxations de l'astragale. Après des tentatives manuelles infructueuses, on doit souvent avoir recours aux méthodes sanglantes, à la résection, à l'énucléation de l'os luxé, voire même, mais à titre exceptionnel, à l'amputation, tant en honneur autrefois.

La réduction par l'emploi de la bande d'Esmarch a donné d'excellents résultats dans les deux cas où elle a été employée.

En 1899, ayant l'honneur d'être l'interne du professeur Jaboulay (de Lyon), je publiai une observation de ce genre dans le *Lyon médical* (t. XC, p. 473). Femme de 40 ans, présentant, à la suite d'une glissade l'avant-veille, une luxation complète de l'astragale, en dehors. Le pied était inversé en dedans, complètement luxé, ayant perdu tout rapport immédiat avec la mortaise tibio-péronière. Saillie de l'astragale sur la partie dorsale, en dehors, la tête de l'os se trouvant supérieure ; l'os est fixé dans sa nouvelle position et est immobile. Anesthésie, tentatives vaines de réduction manuelle. Alors, sur les conseils du prof. Jaboulay, nous avons enroulé une bande d'Esmarch très serrée des orteils au-dessus de la cheville, comme pour le pansement classique du cou-de-pied ; puis, point très important, nous avons fait une série de huits de chiffre, leur centre se trouvant au niveau de l'os luxé. Après le déroulement de la bande, le pied avait repris son aspect normal. Trois jours après, la malade pouvait s'essayer à marcher sans trop de peine.

Pareil cas s'est produit tout récemment chez un jeune homme, traité peu de temps auparavant pour une entorse tibio-tarsienne. S'étant laissé glisser le long d'un arbre, il se fit une luxation présentant les caractères suivants : luxation interne de l'astragale, faisant saillie au-dessous de la malléole, avec pied déjeté en abduction et légère rotation en dehors. Nous avons alors reproduit la même manœuvre que précédemment, mais sans anesthésie. La première application fit disparaître mais incomplètement la saillie de la tête astragalienne.

Faisant alors faire des tractions sur le pied, légèrement en dehors, j'ai réappliqué à nouveau la bande d'Esmarck, faisant des huits de chiffre et la luxation se réduisit complètement. Après 8 jours de massage, le malade marchait, absolument guéri.

Je n'ai pas à faire le mécanisme de cette réduction, renvoyant pour cela à la thèse du Dr Lamy (Lyon 1899).

Je tiens simplement à insister sur l'application de la bande élastique : que la bande exerce ses pressions dans le sens antéro-postérieur ou en sens inverse, *ce sont surtout les huits de chiffre qui agissent* par des pressions dans le sens latéral, pressions dues à l'enroulement très serré et à l'élasticité de la bande.

Nous n'avons pas la prétention de voir guérir toutes les luxations de l'astragale par ce procédé : mais nous tenons à le signaler, car, employé deux fois, il a donné deux succès.

Boudin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le vote définitif de la loi sur la protection de la santé publique.

C'est fait.

En vertu de la consigne si allègrement exécutée par la Chambre des députés et qui fut renouvelée au Sénat, celui-ci vient de voter en quelques heures, sans modifications, le projet de loi sur la santé publique, tel que nous l'avons publié au no 49 de l'année dernière (1).

Il était convenu qu'on ne devait pas discuter. Mais quelqu'un n'avait pas entendu le mot d'ordre, ou plutôt, n'avait pas voulu l'entendre : M. le Dr A. Treille, sénateur de Constantine.

Ce diable d'homme est d'une indépendance absolue, quand il s'agit de légiférer sur nos affaires médicales : il ne respecte aucune idée officielle, il blague tous les dogmes, il distribue des horions à tous les auteurs de systèmes. Et nos confrères sénateurs tendent le dos quand il monte à la tribune.

Sa première attaque a été dirigée contre l'article 6, qui vise la vaccination et la revaccination obligatoires à trois époques, première enfance, onzième et vingt-et-unième années. — « Pourquoi pas plus tard cette même obligation, a dit en substance notre confrère ? Que ferez-vous même, quand, la loi derrière lui, un territorial refusera le coup de lancette à l'arrivée au régiment ? — De plus, ajoutait-il, vous me promettez un règlement d'administration qui déterminera la mise en pratique. Qu'allez-vous me mettre là dedans ? Le vaccin unique de l'Académie, la promenade de la vache par les rues, cette vachalcade de la vaccination ? Ah non, nous sommes trop fixés sur ces panacées officielles ! » Et, dans ce premier discours, M. Treille touche à d'autres points qui n'ont cessé

(1) La loi vient d'être promulguée à l'*Officiel* du 19 février.

de préoccuper les médecins, et, surtout les membres du Concours Médical, dont notre journal est l'écho.

« La commission qui a, je crois, certaine accointance avec l'Académie de médecine et qui peut parler en son nom, peut-être nous dira de quelle façon on entend interpréter le 3e paragraphe de l'article 6.

Messieurs, après vous avoir montré les imperfections, après vous avoir fait ressortir les dangers, de la formule du projet de loi, je dois, comme c'est mon devoir de médecin, essayer de vous fournir le remède.

J'ai, en effet, un remède. Je veux bien inscrire l'obligation dans la loi, mais une obligation d'une certaine nature. Je rends d'abord légal ce qui ne l'a pas été jusqu'à présent et qui doit l'être.

Je permets au médecin de la famille de vacciner le jeune soldat ou le réserviste rappelé, avant son incorporation : et je dis que le certificat du médecin fait foi.

C'est que, messieurs, il y a des inconvénients de plusieurs ordres à ce que le soldat soit vacciné après avoir été appelé ou rappelé sous les drapeaux. L'un de mes amis et confrères, le docteur Lécuyer, maire de la commune de Baurieux, dans l'Aisne, m'a cité le fait suivant : il avait été appelé, il y a quelques années, en qualité de médecin-major, à faire une période de service ; c'était au moment du 14 juillet. On l'invita à revacciner les hommes de la réserve avant leur départ pour Paris, où ils devaient prendre part à la revue.

Le docteur Lécuyer fit observer au commandant qu'il y aurait imprudence à revacciner ces soldats parce que, s'il y avait prise de vaccin, des inconvénients, à raison des exercices auxquels on les soumettait, en raison de la fatigue du voyage et de la chaleur même, pourraient en résulter. Le commandant se rendit à ces observations, mais dans un bataillon voisin, on passa outre ; on fit revacciner les hommes et le jour de la revue de Paris, il y eut 50 ou 60 hommes du bataillon qui ne purent défiler par suite des accidents qui s'étaient manifestés au bras.

Ces accidents, messieurs, m'obligent à dire un mot du danger qu'il y aurait à confier aux instituteurs, comme M. Hervieux l'a demandé à l'Académie, le soin de vacciner ou de revacciner. M. Pinard, son collègue, a fait justement observer à ce propos, dans la séance du 1er mai 1900, qu'il valait mieux laisser les instituteurs à leur tâche d'enseignement (*C'est évident ! à droite*) et confier aux médecins seuls ou à ceux qui, dans la médecine, peuvent avoir qualité pour pratiquer ces petites opérations, le soin de vacciner ou de revacciner.

Messieurs, je ne veux pas vous signaler les dangers, qui peuvent résulter du vaccin animal, le mieux choisi en apparence. Ces inconvénients ont été longuement étudiés par divers auteurs, par Finkelnburg, notamment, en Allemagne ; ils sont nombreux et ils peuvent être graves. Il ne faut pas que l'on puisse reprocher à un moment donné à nos instituteurs — et l'on pourrait faire remonter la responsabilité jusqu'à l'administration de l'instruction publique — d'avoir déterminé des accidents dont quelques-uns peuvent être mortels. Il faut laisser les instituteurs à leur tâche qui est d'instruire la jeunesse. Elle est déjà assez lourde et assez importante. (*Marques d'approbation sur un certain nombre de bancs*).

Il y a, malheureusement, des quantités d'étudiants en médecine qui ne savent pas, lorqu'ils sont reçus docteurs, comment se pratique la vaccination ; j'en parle par expérience. Je vois un de mes anciens camarades de la Faculté de Strasbourg qui me fait un signe d'assentiment. Lorsque nous avons passé notre doctorat — chose triste à dire et je crois que le cas est fréquent, — nous n'avions jamais pratiqué cette opération pourtant si simple.

Au lieu d'apprendre des choses extraordinaires et merveilleuses aux élèves, je crois qu'on ferait bien mieux de leur enseigner des choses élémentaires comme celle-ci.

Ce qu'il faut faire, Messieurs, pour éviter la propagation de la maladie, mais c'est d'engager le plus possible les gens, comme on ne cesse de le faire depuis le mois de décembre 1901, dans les statistiques de la ville de Paris à se faire revacciner quel que soit leur âge. »

Puis l'orateur a parlé de la nécessité des revaccinations fréquentes, de la vaccination des variolisés antérieurement ; et il mettait l'exemple à côté de l'affirmation :

Il n'y a que cela de vrai ; ce sont les conseils que le distingué médecin en chef du Sénat, M. le docteur Canolle, a donnés dans une petite plaquette que j'ai entre les mains et où il dit ceci :

« Certains privilégiés viennent au monde réfractaires à la variole la vie durant, même sans le secours de la vaccine. D'autres sont immunisés pour la vie entière par leur première vaccination ; d'autres seulement pour une période de temps dont il est impossible de déterminer la durée. Aucun signe ne révèle que tel individu est né avec cet heureux privilège de ne jamais contracter la variole, même sans se faire vacciner jamais. Rien n'indique davantage pour combien de temps, on est immunisé, c'est-à-dire préservé par une première vaccination, ou même par une ou plusieurs revaccinations. Dans cette ignorance, on en est arrivé à établir une moyenne, et à recommander de se faire revacciner environ tous les huit à dix ans, qu'on l'ait été précédemment avec ou sans succès, c'est-à-dire que la vaccination ait donné lieu ou non à des boutons de vaccine. Je m'empresse de compléter ce précepte, qui ne repose que sur des probabilités, par cette sage recommandation de se faire toujours revacciner chaque fois que des cas de variole sont signalés dans une ville ou ses environs, même si on a été revacciné depuis moins de huit à dix ans. »

Messieurs, je puis citer l'exemple d'un personnage très éminent, occupant une haute situation dans la politique, entouré de très nombreuses et vives sympathies qui, il y a deux ans, fut sollicité par sa famille de se faire revacciner bien qu'il frisât la soixantaine. Il accéda avec beaucoup de difficulté et non sans une certaine résistance aux supplications des siens. Il se fit donc revacciner comme tous les membres de sa famille et c'est le seul chez lequel on constata un succès.

On ne saurait trop louer l'administration militaire d'avoir fait revacciner, comme nous le montre une gravure du *Petit Journal*, les invalides en masse (*Sourires*) et de leur avoir sans doute ainsi évité une épidémie de variole.

Il faut donc se faire revacciner chaque fois que l'on est menacé par une épidémie et il faut revacciner ceux chez lesquels, antérieurement, la vaccination a été suivie de succès, mais aussi ceux qui ont eu la variole. Je n'y ai jamais manqué, pour ma part, dans mon service des prisons d'Alger, et j'ai obtenu des succès étonnants. N'ayant pas fait comme ce bon juge qui, pour satisfaire la curiosité de sa femme, faisait vacciner les détenus en costume primitif, je puis montrer mes photographies, car les sujets ne sont nus que jusqu'à la ceinture, en commençant par le haut, bien entendu (*Sourires*).

On peut constater que, sur beaucoup d'entre eux, qui ont eu une variole intensive, il y a eu des succès de vaccination prodigieux.

C'est, messieurs, qu'en cette matière, il faut toujours songer à Louis XV, qui est mort de la petite vérole à l'âge de soixante-quatre ans ; et cependant, il l'avait déjà eue une fois à l'âge de quatorze ans, dit Voltaire, à dix-huit ans, prétendent d'autres historiens ; je laisse à l'histoire le soin d'élucider définitivement ce point qui ne l'a pas été jusqu'à ce jour. Vous savez l'explication que Voltaire donne de la mort du monarque. C'est, dit-il, dans des fragments sur l'histoire, en regardant passer un

enterrement, qu'il demanda qui l'on portait en terre. On lui répondit que c'était une jeune bergère de dix-huit ans. Mais il paraît que cette bergère, il l'aurait vue d'une autre façon.

Louis XV était, comment dirais-je? un gros mangeur, et son plat de résistance était Mme Dubarry; mais il ne détestait pas les hors-d'œuvre, et l'on dit que c'est l'un de ces hors d'œuvre, qui, sous la forme d'une jeune bergère, vint lui apporter la maladie, dont il mourut.

On cite d'autres cas de gens qui ont eu plusieurs fois la petite vérole.

Il faut donc se souvenir que ceux qui ont eu la variole ne sont pas à l'abri de la maladie, et qu'il importe de les revacciner.

Aussi, je ne comprends pas que, dans les conditions d'admission aux écoles du Gouvernement, il soit dit que l'on est dispensé de produire un certificat de vaccine, du moment que l'on a eu la variole.

Il faut vacciner non seulement les variolés, mais les variolisés. »

Et M. Treille a terminé en signalant tout ce que devrait comporter une loi sérieuse sur la matière, mesures scolaires, précautions touchant la circulation et le transport des varioleux, interdiction de la variolisation dans nos colonies.

M. Brouardel, commissaire du Gouvernement, a rassuré M. Treille en lui faisant connaître quelles étaient, derrière le texte de la loi, les intentions du Gouvernement, favorables aux instituts vaccinogènes, et aux mesures de police réclamées pour les écoles et les transports des varioleux. Mais nous doutons fort qu'il ait été exact quand il a dit :

« Nous savons très bien que, lorsqu'on a passé l'âge de vingt-un ans, on peut encore prendre la variole, mais nous savons également que, lorsqu'on a dépassé trente ans, cette maladie devient rare. »

Dans nos campagnes, en effet, il se peut que la maladie soit moins fréquente après trente ans, mais elle est beaucoup plus grave, et les cas mortels se rencontrent en grosse majorité après cet âge, précisément parce qu'il n'y a pas eu revaccination récente des sujets atteints.

A la séance suivante, c'est l'article 7 qui était en question, celui dont l'Assemblée générale du Concours entendit dernièrement la lecture et la critique humouristique de la bouche du Dr P. Archambaud. M. le Dr Treille s'est fait l'écho de nos préoccupations touchant le respect de la liberté de choix, pour le médecin traitant, du procédé et du moment de la désinfection. Il a paru, comme M. le Dr Archambaud, gravement brouillé avec la machine monumentale officielle, et ses affirmations au sujet des méfaits qu'elle a commis dans la lingerie de l'assistance et de son indulgence à l'égard des punaises hospitalières, ont amené le rapporteur M. Cornil à concéder qu'on serait très éclectique dans l'avenir, qu'on espérait même une découverte prochaine en la matière. Il a même ajouté ceci :

« Mais je reconnais que la majorité des syndicats est favorable à l'amendement de M. Treille. Examinons ce qui se passera, lorsque la loi sera appliquée.

Le médecin pourra et devra indiquer à la famille quels sont les meilleurs moyens de désinfection à employer. Il en a le droit et le devoir ; et, s'il lui semble que tel procédé, jugé efficace par l'approbation des corps savants, est meilleur que celui qui est employé par l'administration de la ville où il habite, il conseillera d'employer ce procédé ; et la famille pourra suivre son conseil, car nous n'avons nullement l'intention, je le répète, d'empêcher les industries privées de procéder elles-mêmes à la désinfection, pourvu qu'elles l'opèrent par des procédés efficaces. C'est là, je crois, la meilleure réponse que l'on puisse faire à l'amendement de notre honorable collègue. Nous pensons aussi que le médecin doit toujours être le guide de la famille en pareil cas, et que c'est à lui qu'il appartient d'indiquer quels sont les meilleurs procédés pour empêcher la contagion soit dans la famille, soit dans la maison, soit dans la ville. Aussi, je crois que le Sénat n'hésitera pas à voter l'article 7, tel que la commission le lui présente (*Très bien, très bien, sur divers bancs.*) »

Que va dire, devant ce langage, M. le Dr Vallin, qui défendait, ces jours derniers, dans la *Revue d hygiène*, cette thèse assez surprenante, *a priori* du moins « que les praticiens seraient de mauvais agents pour l'application de la loi sur la santé publique » ? Nous sommes d'avis, en tout cas, avec M. Cornil, que, jusqu'au jour où on aura formé dans les Facultés ce personnel spécial et breveté dont parle M. Vallin, il est sage de laisser au praticien tous ses droits en matière de prophylaxie. Seulement il eût fallu l'honorer.

Nous reproduisons les termes dans lesquels M. le Dr Treille a témoigné de sa satisfaction.

« M. Alcide Treille. — Messieurs, je n'ai pas ménagé les marques d'approbation à notre honorable collègue, M. Cornil, rapporteur de la commission, lorsqu'il était à la tribune, car il y a apporté des déclarations que je considère comme extrêmement satisfaisantes. Comme on sait assez bien lire ici entre les lignes, on a pu voir que toutes les critiques que j'ai formulées étaient justes au fond et avaient leur raison d'être. M. le rapporteur m'a donné au moins une satisfaction morale très grande ; il a même déclaré que c'était pour me donner une satisfaction complète, que la commission avait adopté le libellé en vertu duquel les procédés de désinfection devaient être soumis à l'approbation de M. le ministre de l'Intérieur.

Je ferai remarquer à M. le rapporteur qu'il m'a donné satisfaction avant que je fusse né, car mon premier amendement est du 5 novembre 1900 et le texte de la commission date du 27 mars 1900 (*Sourires.*) C'est par suite d'une erreur de copie que j'ai reproduit le texte de la commission dans mon amendement primitif. J'ai retiré ce premier amendement présenté au cours de la 2e délibération, lorsque j'ai connu la rédaction proposée par le syndicat des médecins de la Seine et par les membres du Concours médical au nombre de plus de 5.500. L'un d'eux, M. le docteur Archambaud, dont le nom est bien connu, disait dernièrement dans la *Revue médicale*, qu'il aimait mieux voir la loi sombrer que de voir repousser cet amendement.

Je crois que M. le docteur Archambaud, le syndicat des médecins de la Seine et les membres du *Concours médical*, se sentiront pleinement rassurés, comme aussi les directeurs des établissements de désinfection, par les déclarations apportées ici, d'une part par l'honorable M. Cornil, d'autre part par l'honorable M. Brouardel. Je les en remercie et je retire mon amendement (*Très bien ! très bien !*) »

Nous sommes moins à l'unisson, M. le Dr Treille et nous, dans l'appréciation qu'il a faite de l'article 9 visant le rôle de la pureté bactériologique des eaux dans la commune. Mais il défend si habilement et si gaiement ses idées, qu'on a toujours plaisir à l'entendre. Voici comment il a terminé à ce sujet : notre regretté Gibert l'eût vigoureusement applaudi.

« Rappelez-vous, Messieurs, à cet égard, ce que le docteur Emily a dit dans son rapport sur la mission Marchand.

En entrant dans le Bhaar-el-Gazal, le docteur Emily avait recommandé de ne pas boire d'eau naturelle, mais de la remplacer par du thé léger, et voici comment il s'exprime :

« Au bout d'une vingtaine de jours de navigation, écrit-il, alors que nous étions en plein marais, pataugeant dans une mer de boue et d'herbes, je m'aperçus que notre maître-queux nous faisait boire un thé de sa composition. L'eau sur laquelle nos embarcations se traînaient était un mélange innommable, de couleur marc de café, macération de détritus végétaux et animaux de toute sorte. Entre les larges feuilles vertes de nénuphars qui la recouvraient, des plaques huileuses à toutes les couleurs de l'arc-en-ciel mettaient leur note irisée. Partout surnageaient des poissons crevés, des charognes d'antilopes, de gros rats, etc., pourrissant lentement dans ce bouillon de culture chauffé par un soleil de plomb. Faute de temps, me dit-il, par paresse et incurie, j'en suis sûr, Moussa remplit sa peau de bouc à même le marais et se contente de verser dans une quinzaine de litres de ce mélange immonde, environ un litre de thé très fort. Voilà ce que depuis le départ nous buvons en confiance, convaincus que nous n'ingurgitons que de l'eau bouillie ! Mais aucun de nous n'est malade, pas de fièvre, pas de diarrhée, alors découragés par l'inutilité de nos recommandations, confiants dans notre bonne étoile, dans notre force de résistance où dans l'innocuité de ce détestable breuvage, nous cessons d'exiger ce thé trompeur. »

Tant que M. Bechmann ne vous donnera pas ce mélange à boire, je crois qu'on devra s'abstenir de demander sa tête, comme on le fait tous les jours, et il me semble qu'aujourd'hui, sous le rapport des eaux, la véritable formule est celle-ci :

« Au point de vue de la fièvre typhoïde, la situation sanitaire des villes est indépendante de la pureté bactériologique plus ou moins grande de l'eau potable.

« Leur état de salubrité est en raison directe de leur propreté, de l'état des immeubles, du système des égouts et de la quantité d'eau dont elles disposent pour laver les rues, les voies publiques, ou opérer des chasses dans les égouts et tous les tuyaux de décharge. »

Nous traversons, Messieurs, une période singulière de l'histoire de l'humanité, nous traversons la période des eaux filtrées et des eaux bouillies. Tout se rapporte aujourd'hui à l'eau bouillie. On est en train de créer une génération de peureux, permettez-moi l'expression, une génération de « froussards », une génération stérilisée. L'eau bouillie aujourd'hui, c'est le thermomètre, on peut dire, de l'amour. (*On rit*), et voici comment. Dans ce palais même, il y a deux ou trois jours, on me citait l'exemple d'une jeune épouse pleine de tendresse et de sollicitude pour son mari. Elle n'avait qu'une crainte, c'est qu'il prît la fièvre typhoïde. Alors, ne laissant pas aux domestiques le soin de faire bouillir l'eau destinée à son époux, c'était elle qui s'en chargeait. Il ne buvait que de l'eau bouillie, s'en servait uniquement pour sa toilette et avait soin, suivant une célèbre circulaire de M. Monod, de laver toujours la salade avec de l'eau bouillie avant de la servir.

Le résultat de ses pratiques a été une fièvre typhoïde de 1re classe (*Rires.*) On n'en est plus, aujourd'hui, à compter le nombre des gens qui ayant bu de l'eau bouillie ou de l'eau filtrée, ayant bu de l'eau martyrisée et dépourvue des bons microbes comme ceux de la basse-Seine, parce que ceux-là laissent intact le capital des demoiselles de Nanterre sans faire aucun mal à leurs parents (*Nouveaux rires*), on ne compte plus, dis-je, le nombre des gens qui ayant bu de cette eau dite hygiénique, ont la fièvre typhoïde.

Messieurs, il y a cinq ans déjà, je montais à cette tribune pour combattre les doctrines et surtout les effets nuisibles, au point de vue économique, de cette théorie qui rapporte à l'eau la cause de la fièvre typhoïde. Je suis revenu souvent à la charge. On peut voir par les exemples que j'ai cités le cas qu'il faut faire de a doctrine hydrique. Je crois que ma campagne n'a pas été tout à fait inutile. Nous y avons d'abord gagné ceci ; en nous faisant les défenseurs des municipalités, des communes et des commerçants de ces communes, nous avons obtenu que l'on ne frappe plus d'interdit, comme on le faisait autrefois, tous les débits et tous les hôtels d'une ville, sous prétexte qu'une épidémie venait d'éclater dans la garnison ; et si je suis monté à la tribune c'est pour présenter des observations qui, j'en ai l'espoir, ne seront pas perdues. Elles serviront au moins aux communes et aux villes à se défendre quand on viendra leur dire qu'elles ont delà mauvaise eau qui engendre la fièvre typhoïde. »

Après cette petite philippique, M. le Dr Treille a laissé passer tous les articles jusqu'au n° 18, sans mot dire. Mais là, il nous réservait une surprise, et notre stupéfaction a été grande quand nous l'avons vu défendre avec la même verve, tout un chapitre intitulé : *Mesures sanitaires relatives au personnel médical et aux laboratoires de bactériologie* et comportant les articles suivants :

« Art. 19. — Tout médecin, chirurgien ou sage-femme appelé à donner des soins à une personne atteinte de maladie contagieuse, sera tenu d'en faire la déclaration immédiate à sa clientèle, sous peine d'une amende de 100 fr. à 500 fr.

« Un règlement d'administration publique déterminera les mesures de précaution ou de désinfection personnelle auxquelles seront astreints les praticiens précités, chaque fois qu'ils auront soigné une maladie contagieuse.

« Art. 20. — Tout médecin, chirurgien ou sage-femme qui se sera rendu coupable d'avoir, par malpropreté, négligence ou ignorance, transmis ou laissé transmettre une maladie contagieuse, sera puni d'une amende de 500 fr. à 2.000 fr., sans préjudice des dommages-intérêts qui pourront être prononcés au profit des tiers contaminés.

« La troisième condamnation entraînera de plein droit l'interdiction d'exercer.

« Art. 21. — Nul ne pourra ouvrir un laboratoire de bactériologie, ni s'y livrer à des cultures virulentes ou à l'inoculation de ces cultures à des animaux, sans avoir obtenu une autorisation préalable.

« Un règlement d'administration publique déterminera les mesures de préservation qui seront imposées à ces laboratoires et à ceux qui les dirigent ou y travaillent.

« Toute infraction entraînera une amende de 500 fr. à 5,000 fr. et la fermeture immédiate du laboratoire, sans préjudice des dommages-intérêts qui pourront être prononcés au profit des tiers. »

« Art. 22. — Toute circulation, par voie postale ou autre, de cultures bactériologiques virulentes ou de pièces anatomiques provenant de maladies contagieuses est formellement interdite sous peine d'une amende de 1.000 fr. à 10,000 fr. et de un mois à deux ans de prison, sans préjudice des dommages-intérêts qui pourront être prononcés au profit des tiers contaminés.

« Toutefois, un règlement d'administration publique déterminera dans quelles conditions et sous quelles garanties l'envoi des préparations précitées et leur circulation pourront être autorisées, sous réserve des revendications des tiers en cas d'accident.

« Art. 23. — Tout médecin, chirurgien ou sage-femme qui se sera rendu coupable d'avoir sciemment, ou dans un but expérimental, inoculé ou communiqué une maladie contagieuse, ou tenté de communiquer une maladie quelconque, sera puni des

travaux forcés à temps et d'une amende de 1,000 fr. à 20.000 fr., sans préjudice des dommages-intérêts qui pourront être alloués aux victimes ou à leur famille. Cette condamnation entraînera l'interdiction d'exercer.

« En cas de décès du patient, le coupable sera puni conformément aux dispositions de l'article 302 du Code pénal. »

Un frisson nous a passé dans le dos à la lecture de ces choses. Nous avons aperçu la ruine imminente du *Sou médical*, les prisons et les bagnes peuplés de médecins, de sages-femmes, de dentistes, etc... ! Heureusement, M. Brouardel, M. Cornil, M. Waldeck-Rousseau, et même M. Hervé de Saisy, se sont levés pour notre défense, et M. Treille, ayant exigé le vote quand même devant cette bourrasque, il a pu, après sa défaite, clore sa petite comédie par le laïus suivant, et quitter le champ de bataille avec les honneurs de la guerre :

Messieurs, je ne veux la mort de personne, pas plus de mes confrères que de mes clients. J'ai pu autrefois, au début de ma carrière, avoir, comme les autres, certains accidents — pour employer un euphémisme, comme on doit toujours le faire quand on parle sur des matières aussi délicates — et je cherche aujourd'hui à les rendre aussi rares que possible.

En présentant mon chapitre 3, j'ai voulu simplement donner d'abord un avertissement à ceux qui seraient tentés de faire des expérimentations criminelles comme celles qui ont été justement réprouvées par l'honorable ancien doyen de la faculté de médecine, commissaire du Gouvernement. J'ai voulu aussi donner une leçon à ces outranciers de l'hygiénisme qui parlaient, il y a quelques mois, de déférer tout le monde aux tribunaux pour manquement à la loi sanitaire.

Ah ! L'on n'y allait pas de main morte. Celui qui aurait commis la moindre infraction aurait été immédiatement déféré à la simple police, peut-être même à la correctionnelle ; et on lui aurait infligé des amendes considérables. Les maires eux-mêmes devaient être, à propos des eaux, livrés aux tribunaux. Où aurait-on pu, à ce compte-là, conduire les médecins ?

M. le président du conseil, lors de la 2e délibération, et divers orateurs du Gouvernement se sont bien rendu compte de la portée de certaines dispositions draconiennes du projet, et du très mauvais usage que l'on pourrait en faire. Ils ont déclaré que l'on serait sobre de moyens coercitifs.

Ce que je veux retenir de l'argumentation de M. Brouardel, c'est que nous autres médecins, nous devons être les éducateurs de chaque instant, et qu'il faut commencer, dès la faculté et les écoles de médecine, par inculquer aux étudiants des principes de déontologie médicale, des principes aussi qui leur permettent de lutter efficacement contre les maladies infectieuses.

Vous savez que j'ai été un adversaire déterminé de la loi ; j'ai voulu faire comme le Parthe, envoyer, au dernier moment, une flèche qui ne sera peut-être pas perdue, parce que, dans le public, on ne manquera pas de dire, si l'on veut être excessif à son égard : « C'est au nom des médecins et des hygiénistes que l'on veut nous réglementer de la sorte ; mais on les a laissés en dehors ! »

J'espère que l'administration et le Gouvernement ne seront pas trop sévères en appliquant cette loi très défectueuse. Quant à nous, médecins, nous serons peut-être un peu plus indulgents désormais pour les autres, en nous rappelant que nous avons besoin qu'on nous pardonne beaucoup. Un médecin ne doit jamais oublier que le meilleur de tous, c'est celui qui tue le moins ? (*Rires et marques d'approbation sur divers bancs.*)

L'Officiel ne nous dit pas comment ont voté les médecins présents ou absents. C'est regrettable, car on en eût trouvé peut-être quelques-uns qui réclamaient de sang-froid le coup de massue ironiquement demandé contre les confrères.

En somme, l'opération théorique est terminée : la santé publique est à l'abri désormais.

Pauvres praticiens ! De quoi allons nous vivre ?

Mais après tout, si nous prenions gaiement la chose, comme M. Treille ! Cela serait peut-être sage.

H. J.

Du défaut d'esprit syndical.

A. Exorde insinuant.

En exposant, pièces en main, l'histoire qui va suivre, les membres du Comité d'arbitrage du syndicat médical de Saône-et-Orne ont un double but : 1° faire connaître l'esprit dans lequel ils arbitrent les différends survenus entre leurs co-syndiqués et, par là, appeler sur leurs jugements la critique des lecteurs indépendants ; 2° plaider une fois de plus dans le *Concours* en faveur de l'esprit syndical, dont l'absence chez nombre de confrères, et des meilleurs, est cause du différend actuel (ce qui était probable à priori) et, aussi, de la tendance du différend à se perpétuer, à s'envenimer, à rompre l'accord syndical (ce qui est beaucoup plus grave).

Le syndicat de Saône-et-Orne a été fondé pour lutter contre les collectivités parasites de la profession ; il s'est montré actif, solide, puissant contre ces tiers ; il a obtenu des succès moraux et des résultats sérieux d'ordre pécuniaire. Secondairement, il s'est occupé d'établir la paix entre ses adhérents : ici il échoue et sent le sol manquer sous ses pieds.

Cet échec ne tient point à l'établissement de règlements déontologiques impraticables, draconiens, compliqués ; on verra, en effet, que le règlement adopté est des plus simples : il respecte entièrement la liberté du malade et ne comporte qu'une règle active, qui est bien la plus simple possible, puisqu'on peut la résumer ainsi, « quand tu chippes un malade en traitement à un confrère, préviens ce confrère ».

Ce ...... traitement ..... est facile à suivre, même en voyage, semble-t-il. Il paraît que non ! Le dépossédé demande autre chose ; l'envahisseur ne se conforme point à la consigne.

Or, en l'espèce ici exposée, le dépossédé est un adhérent de la première heure et l'envahisseur est le fondateur même du syndicat. Il est vrai que, six mois plus tôt, les rôles avaient été renversés. Mais ce ne serait rien que tout cela si chacune des parties, se faisant juge en sa cause, ne proclamait, *l'une qu'elle ne voudrait pourtant pas revenir aux mauvais procédés d'antan, l'autre qu'elle était heureuse de prendre sa revanche.*

Voici donc deux hommes d'âge mûr, fervents syndiqués, médecins expérimentés et confrères assagis par le temps, qui acceptent une règle (ils étaient à l'assemblée le jour du vote) et qui n'en connaissent point l'esprit.

L'état d'esprit du co-syndiqué ne comporte-t-il pas, en effet et tout d'abord, « *l'abandon du*

droit de juger nous-mêmes le voisin qui nous blesse » ? et ensuite la volonté, quand un accroc survient, de réparer ensemble cet accroc ; d'effacer la trace de l'accident, AFIN *d'éviter qu'il ne devienne l'origine d'accidents nouveaux.*

PRENDRE SA REVANCHE ! Quel enfantillage est-ce là ? Quelle morale préhistorique, génératrice des guerres perpétuelles ! Il paraît évident que, si nous devons ainsi *prendre notre revanche*, le syndicat est bien inutile, voire même encombrant. Il est bien certain que nous pouvons beaucoup mieux faire *cette petite chose* sans syndicat qu'avec le syndicat. C'est précisément pour éviter ces guerres perpétuelles, dont les tiers se réjouissent parce qu'ils en profitent pour nous faire marcher, que nous avons tous éprouvé le besoin de nous syndiquer. *Le premier devoir syndical*, puisque syndicat il y a, et parce que nous avons voulu le syndicat, *c'est précisément de ne point prendre sa revanche.*

Le premier accroc est un incident au sujet duquel chacun de nous peut rappeler ou mieux faire rappeler à l'ordre le défaillant. Mais l'accroc revanche est toujours une méchante action, blâmable avant d'être née, nuisible au bien de tous, directement contraire à notre volonté de nous unir « pour obtenir que le mal qui nous vient d'autrui soit minimum ».

Le premier délinquant peut être un gêneur ou seulement un gêné ; il peut être coupable ou seulement distrait, inattentif. Le second délinquant a voulu être coupable ; la faute est compliquée de préméditation : dans le Code pénal, cette préméditation élève la peine d'un degré. Quand donc l'arbitre est appelé à connaître de l'ensemble, il peut décider : « faute de A = faute de B », mais il reste la préméditation à la charge de B.

C'est-à-dire que le seul mal qui reste est précisément cette volonté de « prendre sa revanche » que je considère comme la seule faute syndicale commise.

Il n'y a aucune raison, en effet, pour que de semblables errements cessent. Jamais on ne fera entendre à A (fauteur primitif et victime de la revanche) que B ne lui a pas fait, au cours de la revanche, plus de mal qu'il en avait reçu. Et cela est juste, car B a pris la préméditation à sa charge. Ainsi A sera conduit à se *revancher* à son tour..... et adieu le syndicat !

Je pense qu'il faut essayer de saper par leurs bases de telles erreurs. C'est pourquoi j'expose ici, sans noms d'hommes et de lieux, les plaintes de nos confrères, notre règlement de déontologie interconfraternelle et les conclusions arbitrales. Je confirme, avant de passer aux faits, le désir que nous avons, nous arbitres, de voir librement apprécier et discuter notre manière de juger et d'agir. Et cela parce que nous sommes inquiets ; nous nous demandons quelle est notre part d'erreur à l'occasion d'une aussi profonde divergence de vues entre les arbitres et les arbitrés.

B. PIÈCES DE LA CAUSE :

Lettre du Dr MIDI, *plaignant, à la Chambre syndicale :*

Macarée, janvier 1902.

Mon cher et très honoré confrère,

Décidément, notre confrère Ouest est destiné à être incorrigible ! Nous ne lui avons cependant pas ménagé nos condoléances après le procès de L., non plus que notre assistance dans l'action qu'il dirigeait contre notre confrère Est (1). Alors qu'à cette occasion, le Dr X., bien d'autres confrères et moi sommes allés au chef-lieu, Ouest est resté sous la tente.

Le voilà qui recommence. Je soignais depuis longtemps une vieille femme atteinte d'une maladie qui passait par des hauts et des bas. Je la voyais tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, et quand elle allait mieux, je laissais passer huit ou dix jours sans aller la voir ; j'attendais même qu'on me fasse rappeler au besoin.

Or Ouest, appelé chez ma malade, n'a pas craint de se substituer complètement à moi, sans faire l'observation recommandée par notre code déontologique, quoi qu'on lui ait dit tout de suite qu'elle était en cours de traitement et que j'étais son médecin.

Nous voici donc, Ouest et moi, placés comme devant, l'un par rapport à l'autre, et ce sera à qui usera des plus mauvais procédés.

J'espère qu'il n'en sera pas ainsi et qu'une voix autorisée fera comprendre à Ouest que nous ne devons pas nous manger entre nous.

Recevez...........

Signé : MIDI.

P. S. — J'apprends les faits aujourd'hui en allant chez la malade et cela en m'asseyant comme d'habitude auprès de son lit. Vous voyez le tableau !!!

COMMENTAIRES : 1° ERREUR FONDAMENTALE : l'expérience nous apprend que ce sont précisément de tels malades qui changent de médecins ;

2° AUTRE ERREUR : Le code déontologique local n'imposait qu'un devoir à Ouest : « prévenir lui-même Midi par lettre ».

La plainte est portée à la connaissance de Ouest et voici sa réponse :

Macarée, janvier 1902.

Mon cher Président,

A moins que vous ne jugiez absolument indispensable mon déplacement, je pense que je pourrai traiter par correspondance la question que vous m'indiquez.

Je suppose qu'il s'agit, dans la plainte du Dr Midi, de la belle-mère de M. K., de Macarée.

Quand ces gens sont venus me chercher j'ai constaté que cette malade avait un emplâtre. J'ai demandé qui avait prescrit cet emplâtre ; on m'a répondu que c'était le Dr Midi. J'ai demandé pourquoi on m'avait fait appeler et j'ai dit que si la malade ne voulait pas de ce médecin, elle avait à le prévenir. La famille m'a répondu que la chose ne lui paraissait pas nécessaire, attendu qu'il y avait plus de huit jours que le Dr Midi ne venait plus voir sa malade.

Du reste, le Dr Midi, le matin même, avait gardé une de mes clientes en mal d'enfant, parce qu'au moment où on était venu me chercher j'étais absent de chez moi ; je me suis présenté à neuf heures du matin chez ces gens ; le Dr Midi avait été appelé vers huit heures et il a gardé la cliente quoique l'accouchement ne se soit terminé qu'à midi.

De plus, il y a quelques mois, pendant mon absence, on est allé demander le Dr Midi pour Mme Véhache, ma cliente, et le docteur Midi a gardé ma cliente au lieu de me la rendre.

J'ai donc été très heureux de pouvoir prendre ma revanche, et ne je vois pas du tout de quoi peut se plaindre le confrère.

Comme il ne s'est pas dérangé, il me semble que je puis faire comme lui, à moins que nous ne soyons

(1) Il y a plusieurs médecins à Macarée, la lettre fait allusion à un précédent arbitrage à propos duquel on peut faire les mêmes remarques que dans la présente affaire.

convoqués contradictoirement, si toutefois il y a contradiction dans nos dires.

Veuillez.......

Signé : Ouest.

Commentaires : Sont contenus dans le rapport placé ci-après. Mais tout d'abord consignons ici, pour plus de clarté, le Code déontologique adopté par le Syndicat lors des deux assemblées de 1901.

Code déontologique du Syndicat de Saone-et-Orne.

1° — *Déontologie spéciale.*

Les Médecins, membres du Syndicat, s'engagent à ne signer, personnellement, aucun traité avec une collectivité quelconque, ou avec un particulier quand ce particulier prendra à sa charge les soins à donner à des tiers. De tels traités, d'ordre médical *bien entendu*, ne pouvant être examinés et signés que par le bureau du Syndicat après interpellation de tous les confrères intéressés.

2° — *Déontologie générale.*

D'une part,

a) Le droit du malade de choisir son médecin étant, de sa nature, imprescriptible et illimité,

b) Le droit du médecin de donner ou refuser ses soins, étant absolu, indiscutable ;

D'autre part,

c) La nécessité pour le médecin de vivre de son métier étant non moins indiscutable,

d) Tandis qu'il est de l'intérêt de tous de faire que les rapports entre confrères soient non seulement honorables, mais faciles,

Les Médecins syndiqués de Saône-et-Orne ont voté ce qui suit :

Toutes les fois que l'un d'eux se trouvera appelé auprès d'un malade au détriment d'un confrère :

1° Le nouvel appelé évitera soigneusement toute attitude, tout discours, etc., de nature à mettre en doute l'honorabilité ou la science du confrère remplacé ;

2° Le nouvel appelé informera directement, par lettre mise à la poste, le confrère remplacé ;

3° Etant toujours entendu que le plus éloigné prendra le prix le plus élevé.

Approuvé en mai 1901 ; adopté à l'unanimité par l'assemblée ordinaire de novembre 1901.

C. Conclusions.

Sur le différend pendant entre MM. les Drs Midi et Ouest,

Mon cher Président et excellent Ami,

Voici ce qui paraît ressortir, pour votre Secrétaire, des lettres à nous adressées par nos confrères à propos des incidents professionnels qui les divisent.

1° Sur le premier point, le Dr Midi a raison quand il demande que le Dr Ouest le prévienne quand une cliente en cours de traitement prend pour médecin M. Ouest et abandonne M. Midi.

2° Sur le deuxième point soulevé par M. Ouest (cas de Mme Véhache), le Dr Midi a commis au détriment du Dr Ouest la faute même qu'il impute à son confrère dans le cas ci-dessus.

3° En ce qui est de l'accouchement fait par le Dr Midi, appelé en l'absence du Dr Ouest, *mais fait après le retour de celui-ci*, il est difficile de juger. D'après les termes étroits de notre petit code déontologique et d'après l'esprit qui préside à sa rédaction générale, le seul devoir du Dr Midi était de faire que le Dr Ouest fût prévenu et n'eût pas à se déranger.

Si nos confrères vivaient en très bons termes il faudrait, en outre, que, dans un cas semblable, le Dr Midi (appelé à défaut de son confrère) offrît loyalement à la parturiente de céder la place au Dr Ouest (probablement retenu d'avance et en tout cas médecin ordinaire) aussitôt le retour de celui-ci.

Mais nous n'avons point établi notre code déontologique dans l'hypothèse de cette parfaite confraternité. Il serait profondément inutile si de tels rapports préexistaient entre nous.

Notre code déontologique n'a d'autre but que de réduire au minimum les froissements qui résultent chaque jour pour nous de la versatilité de nos clients et, il faut bien le dire, du défaut de satisfaction que les imperfections de notre caractère causent aux dits clients. Celui-ci n'aime pas à se lever matin ; celui-là fait trop ou pas assez de visites, etc., etc.

Il me paraît donc, dans le cas particulier ici visé, qu'une seule indication se soit présentée au Dr Midi : « Eviter au Dr Ouest tout « dérangement. »

4° Mais il résulte en outre de la lettre du Dr Ouest que notre confrère est bien éloigné de l'esprit syndical ainsi formulé (si vous le voulez bien) ; « Essayer par la modification de notre « attitude et nos actes d'améliorer les rap- « ports qui existent entre nous. ».

Le moyen syndical d'obtenir cette amélioration, c'est de ne point nous faire juge en notre propre cause, c'est de ne point surtout nous charger nous-mêmes d'exécuter notre propre jugement.

Il y a donc lieu, pour la chambre d'arbitrage, de reprocher à notre confrère Ouest ce passage de sa lettre: « J'ai donc été très heureux de pou- « voir prendre ma revanche. » C'est là la grosse faute visible en cette affaire, elle ne tend à rien moins qu'à perpétuer la guerre, à aggraver les dissentiments en en multipliant les occasions.

5° Il résulte enfin de la lettre de notre confrère Midi, qu'il demande au Syndicat plus qu'il ne peut donner, d'une part, et d'autre part, des lettres comparées de nos deux confrères que le Dr Midi demande à ses confrères plus qu'il ne leur donne.

Tels sont, mon cher Président, les conclusions que votre rapporteur croit devoir vous présenter sur cet incident. Vous ferez du présent l'usage que vous penserez le meilleur pour l'amélioration du sort commun.

Votre très affectueusement dévoué.

Jean C.

31 janvier 1902.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

d'Intérêt professionnel.

Association des médecins de l'arrondissement de Sedan.

Séance du 30 janvier 1902.

M. le Dr Lapierre est nommé à l'unanimité délégué du syndicat pour l'élection d'un repré-

sentant des syndicats médicaux au conseil supérieur de la mutualité. M. le Dr Lapierre votera pour M. le Dr Gairal.

Assurances-accidents :

1° Il est décidé qu'on cessera dans tout l'arrondissement, le service du « Secours » et de la « Française », qui ont décidément refusé d'accepter notre tarif ;

2° En ce qui concerne la « Société générale des Assurances agricoles et industrielles », il y a lieu de s'assurer s'il est bien vrai que cette Cie engage ses assurés à s'adresser aux confrères qui ne font pas partie de l'Association ;

3° Les agents de l'« Abeille » ont prévenu ceux de nos confrères qui faisaient son service à Sedan, qu'elle enverrait désormais ses blessés à un médecin non syndiqué qui consentait un tarif inférieur au nôtre. M. Gairal, président, se charge d'arranger l'affaire, la Cie paraissant d'ailleurs décidée à céder si l'on refuse son service dans tout l'arrondissement.

Il y a lieu, pour conserver ce que nous avons déjà obtenu, d'avoir, vis-à-vis de toutes les Cies, une règle de conduite uniforme et de cesser leur service dans tout l'arrondissement, lorsque, sur un point quelconque de l'arrondissement, elles refusent d'accepter notre tarif. Toute concession sur ce point compromettrait les résultats de la campagne que nous avons entreprise et qui a déjà donné satisfaction dans presque tous les cas à nos justes revendications.

Le Secrétaire : PÉRIGNON.

Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais

Assemblée Générale du 1er décembre 1901

Présidence de M. le Docteur BUTRUILLE (de Roubaix).

Etaient présents : MM. Lambin, Coorewitz, Caudrelier, Bernard, Ausset, Ellart, Descarpentries, Pollet, Lancial, Vaneufville, Ballenghien, Cherigié, V. Desbonnets, Leduc, E. Pruvost, M. Pruvost, Legrand (de la Bassée), Devemy, Delassus, Auclair, Coppens, Debuchy, Isbecque, Lemière.

En ouvrant la séance, M. le Président prononce l'allocution suivante :

L'ordre du jour est suffisamment chargé pour que je me dispense de vous faire subir, conformément à la tradition, une fastidieuse allocution présidentielle.

Qu'il me suffise de vous rappeler le but et la raison d'être de la Fédération :

Constituer un Syndicat départemental en établissant des rapports permanents entre les Syndicats régionaux ;

Unir leurs efforts ;

Rédiger les cahiers des doléances du Corps médical ;

Porter aux pouvoirs publics les justes revendications de la profession :

Rechercher ce qui peut rapprocher, et non ce qui divise ;

Mais aussi exercer une action impitoyable contre les confrères indignes du nom de médecins, qui cherchent dans l'intrigue, le rabais ou la haine, le soutien d'une clientèle chancelante.

Tel est le but que nous poursuivons ensemble. Nous sommes réunis pour étudier quelques-uns des moyens qui nous rapprochent de ce but.

Votre Bureau s'est efforcé de vous préparer la besogne, il s'estimera très heureux et largement dédommagé des quelques loisirs consacrés à cette préparation, s'il a pu ainsi amener dans la nouvelle cité médicale, avec un peu de bien-être, plus de dignité et plus de considération.

Personnellement, je vous remercie de m'avoir conféré la présidence de la Fédération, ça a été le plus grand honneur de ma vie professionnelle.

Je dois aussi remercier mes collègues du Bureau pour la façon aimable avec laquelle ils m'ont accueilli, et tout particulièrement notre Secrétaire, le Dr Lemière. Il a pris une part si active à nos travaux, que nous éprouvons tous le désir de voir accoler l'épithète de *perpétuel* à son titre de *secrétaire*.

Il engage ensuite tous les membres présents à vouloir bien suivre avec attention les discussions et à ne prendre la parole qu'à tour de rôle, après l'avoir demandée, car l'ordre du jour est assez chargé et, sans cela, nous serions obligés de prolonger trop la séance

LA LOI SUR LA PHARMACIE.

Il est décidé que le Bureau fera parvenir à tous les sénateurs et députés du Nord et du Pas-de-Calais et à tous les médecins siégeant dans les deux Chambres, les desiderata du Corps médical.

Ces desiderata nous amènent à demander quelques modifications au projet de loi en discussion.

Ces modifications ont été exposées dans le *Bulletin des Syndicats* de juin 1901, page 91.

Il est voté, en outre, après discussion, que l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par deux conjoints, possédant chacun l'un des diplômes de docteur en médecine et de pharmacien, présente de très grands dangers, qui sont absolument les mêmes que lorsque les deux professions sont exercées par un seul individu.

Dès lors, dans l'intérêt de la santé publique et pour éviter les manquements à la déontologie, la Fédération demande que ce cumul des deux professions par le mari et la femme soit interdit.

De plus, on ajoutera la motion votée par le Syndicat de Tourcoing, relative aux médecins de frontières, rapportée dans le *Bulletin des Syndicats* de juillet 1901, page 100.

Discussion du Code de déontologie.

M. Ausset demande que le second paragraphe de l'article 12 soit modifié de la façon suivante :

« Il a le droit néanmoins de diriger prudemment le choix de son client, au profit du malade, vers le confrère en qui il a lui-même le plus de confiance, *mais seulement lorsque la santé ou l'intérêt du malade le commanderont impérieusement* ».

Le docteur Legrand demande la suppression complète de ce paragraphe.

Après une discussion assez longue, mais d'où il ressort que, de l'avis de tous, l'addition demandée par M. Ausset est comprise implicitement dans les mots « au profit du malade », que

la réunion est de l'avis de M. Ausset, et considère simplement l'addition comme une redondance ; M. le Président propose de maintenir le texte primitif du paragraphe, mais en faisant remarquer qu'il ressort clairement de la discussion, que l'article devra être interprété dans le sens des explications fournies par M. Ausset, c'est bien là l'esprit de cet article.

Vote :	Suppression du paragraphe.	2 voix.
	Maintien du texte primitif.	15 voix.
	Modification Ausset.	3 voix.

M. Ausset demande également que lors de la seconde consultation prévue par l'article 13, le premier consultant soit toujours présent et que cette condition soit inscrite dans le code.

Plusieurs confrères font remarquer que cela doit être, autant que possible, mais que cependant on ne peut pas toujours en faire une règle absolue.

Ainsi, trop souvent la famille exige une consultation avec un confrère réputé, mais incompétent ; elle désire la présence d'un chirurgien près d'un malade atteint d'une simple affection d'ordre médical. On peut accorder la consultation si la famille l'exige, mais souvent il y a lieu d'en demander une seconde avec un médecin ; ce serait, dans ce cas, sacrifier les intérêts matériels de la famille, que d'exiger la présence du chirurgien à la seconde consultation.

Parfois aussi, en cas de désaccord dans une première consultation, on est obligé d'en provoquer une seconde, et on ne peut pas toujours exiger la présence du premier consultant, car la famille n'accepterait pas de le payer.

Il y a donc bien des cas où cette manière de faire, bonne en soi, est impossible à mettre en pratique, et il est dès lors inutile d'inscrire cette obligation dans le code déontologique.

C'est à cette manière de voir que la majorité de la Fédération se rallie.

Sur les observations de MM. Delassus, Ausset et Pollet, il est ajouté la phrase suivante à la fin de l'article 23.

« En cas d'accouchement ou d'accident, le premier confrère appelé peut continuer à traiter le malade jusqu'à guérison, ou tout au moins jusqu'à ce que sa responsabilité soit dégagée, en s'inspirant toujours des principes généraux de la déontologie ».

Assurances-Accidents. — *Des moyens d'assurer à l'ouvrier le libre choix du médecin.*

La réunion décide, à l'unanimité, d'appuyer le nouveau texte proposé pour l'article IV par le *Concours médical*.

Le texte proposé pour le nouvel article IV à présenter au Sénat est ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise est toujours et directement responsable : 1° des frais médicaux pour constatations et pour soins à domicile ou à l'hôpital ; 2° des frais pharmaceutiques ; 3° des frais de pension hospitalière et de traitements spéciaux fournis par l'hôpital ou autre établissement ; 4° des frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs au maximum.

« La victime, au moment de l'accident ou en cours de traitement, est toujours libre de choisir par elle-même ou par ses représentants, son médecin et son pharmacien parmi ceux du voisinage. Mais, en cas de contestation, les frais médicaux et pharmaceutiques sont fixés par le juge de paix du canton, quel qu'en soit le montant, conformément au tarif ouvrier de la région.

« Le chef d'entreprise pourra proposer à l'agrément du juge de paix la désignation d'un médecin qui sera chargé de le renseigner périodiquement sur tout ce qui le touche dans l'état de la victime, par des visites faites dans des conditions qui ne nuisent pas au traitement. »

M. le docteur Pollet demande également que l'on cherche à obtenir la prorogation de la compétence des juges de paix, et, par suite, il propose le changement suivant à l'article 15 de l'ancienne loi :

Article 15.	Modification proposée.
Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises, relatives aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.	Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires, *et entre ceux-ci et ceux auxquels ils sont dus*, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

M. Pollet fait remarquer que cette modification permettrait au médecin de citer directement le patron et surtout la Compagnie d'assurances, car, à l'heure actuelle, il est obligé de citer l'ouvrier, qui, à son tour, se retourne contre la Compagnie.

Cette modification est adoptée.

Il est décidé que ces décisions seront portées à la connaissance du *Concours médical*, et que, de plus, elles seront envoyées à tous les sénateurs et députés du Nord et à tous les médecins faisant partie des deux Chambres, avec une lettre leur demandant de vouloir bien défendre ces modifications dans l'intérêt de la profession.

Une discussion s'engage alors sur la nécessité de faire connaître à l'ouvrier qu'il a le libre choix du médecin et sur les moyens à employer dans ce but.

De l'échange des observations, il résulte que la même conduite ne peut pas être tenue partout.

Sur la proposition du Président, on décide que chaque Syndicat sera libre d'agir dans chaque arrondissement au mieux de ses intérêts.

Un membre fait remarquer aussi que le libre choix du médecin devrait être pour l'indigent un droit strict et primordial, aussi bien dans les Bureaux de Bienfaisance que dans les Sociétés de Secours Mutuels, car nous voyons des Sociétés de Secours Mutuels qui n'ont qu'un seul médecin imposé et qui usent de leur autorité pour recommander leur médecin en cas d'accident. On annonce sur les ordonnances médicales que les ouvriers ont le libre choix du médecin en cas d'accidents et on recommande de prendre l'unique médecin de la Société. Ce médecin accepte de traiter les mutualistes à forfait et se sert de

cela pour enlever les accidents du travail à ses confrères.

M. le docteur Butruille attire l'attention sur la question des ouvriers, victimes d'accidents, traités dans les hôpitaux, et après avoir rappelé l'initiative prise par le docteur Bousquet, il propose d'envoyer la lettre suivante à toutes les Commissions administratives des Hospices du Nord et du Pas-de-Calais :

Messieurs les Membres de la Commission administrative des Hospices.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous exposer brièvement les considérations suivantes :

A la suite du XIVe Congrès de chirurgie, un grand nombre de chirurgiens d'hôpitaux de Paris et de province se sont réunis dans une des salles du Congrès et ont décidé :

Conformément à la logique et au bons sens ;

Conformément au règlement-type de l'administration hospitalière, règlement qui déclare que l'hôpital doit être réservé aux indigents et que les honoraires des médecins et chirurgiens de ces établissements leur sont accordés uniquement pour soigner les pauvres ;

Conformément à la loi de 1898 sur les accidents du travail ;

Conformément à de nombreux jugements de tribunaux dont nous pourrions vous communiquer le texte ;

Conformément aux décisions de plus de cinquante commissions administratives d'hospices;

De réclamer aux chefs d'entreprises, ou mieux à leurs compagnies d'assurances, des honoraires pour les soins qu'ils donnent dans leurs services d'hôpital, aux ouvriers victimes d'accidents du travail.

En conséquence, au nom des médecins et chirurgiens de vos hôpitaux, nous venons vous prier de donner un avis favorable à cette mesure et de vous joindre ainsi aux nombreuses commissions administratives qui sont entrées dans cette voie.

Sans doute, la jurisprudence est fixée sur ce point et de nombreux jugements autorisent les chirurgiens d'hôpitaux à réclamer ces honoraires, mais nous considérons comme une mesure élémentaire de bienséance et de tact de vous prévenir et de vous demander cet avis favorable à une mesure qui ne causera aucun préjudice à vos finances.

Nous espérons donc recevoir sous peu votre réponse, qui ne peut être qu'un acquiescement à une revendication aussi légitime ; *votre silence serait considéré par nous comme une acceptation.*

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La réunion décide que les Statuts et les Codes de déontologie seront imprimés en une brochure dont il sera mis un nombre suffisant d'exemplaires à la disposition de chaque Syndicat.

Conformément à l'article 11 des Statuts, il est décidé que chaque Syndicat versera à la Fédération pour l'année 1902, la somme de un franc par membre.

Avant que la séance soit levée, M. Chérigié demande à nouveau que des démarches soient faites près des confrères non syndiqués pour les amener à nous.

REPORTAGE MÉDICAL

Bibliographie : Guérison de la Tuberculose par M. le Dr Coste de Lagrave, 1 volume in-8° (320 pages) 6 fr. Voici un ouvrage éminemment pratique s'adressant aussi bien au médecin qu'au tuberculeux lui-même. Cet ouvrage a le principal avantage de guider le médecin dans la voie de la guérison de la tuberculose. L'auteur envisage, en effet, tous les moyens médicaux ou hygiéniques à mettre en œuvre, sans omettre de détails dans une cure où chaque détail a son importance. C'est ainsi qu'il examine successivement les agents de guérison (créosote, huile de foie de morue, tannin, révulsion, etc.), l'hygiène de l'alimentation, l'aération, le froid, l'hygiène du travail, etc.

La part personnelle apportée par l'auteur est considérable et il montre, à l'aide d'une expérience déjà fort longue, les effets à attendre de ces différents moyens.

C'est cette expérience qui permet d'éviter aux praticiens tout embarras en face d'un cas de tuberculose.

S'adresser aux bureaux du *Concours Médical.*

Vient de paraître : le Guide Rosenwald 1902, *Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique.* — Ce guide reproduit la liste officielle des médecins et pharmaciens inscrits au Ministère de l'Intérieur.

Prix : 3 fr.

Dr Rosenwald, éditeur, 87, rue Lafayette, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4794. — M. le docteur Naussac, de Villers-les-Dombes (Ain), présenté par M. le docteur Perret, de Vonnas, membre de l'Association des médecins de l'Ain et du Syndicat de l'arrondissement de Trévoux.

N° 4795. — M. le Docteur Gardette, de St Genest-Malifaux (Loire), membre de l'Association des médecins de la Loire et Haute-Loire.

N° 4796. — M. le Docteur Monbouyran, de Dunes (Tarn-et-Garonne) membre de l'Association et du Syndicat du Lot-et-Garonne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Rocher, de Versailles (Seine-et-Oise), membre du « Concours médical ».

ERRATUM

Sur les indications de la poste, nous avons annoncé dans notre avant-dernier numéro le décès de M. le docteur Cochery, de Paris. Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nous avons été induit en erreur et que notre confrère est en bonne santé.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le projet H. Surmont : conseils d'hygiène universitaire

J'ai la satisfaction d'avoir à enregistrer déjà de nombreuses adhésions de confrères et de constater que ceux-ci témoignent par leurs réflexions de l'intérêt qu'ils prennent à la question de l'hygiène scolaire. Je me propose de classer les lettres qui m'arrivent suivant les sujets qui y sont particulièrement abordés et d'en tirer peu à peu les conclusions qu'elles comportent. Nous réunirons ainsi, Albert Mathieu et moi, les éléments d'un travail d'ensemble dont on pourra saisir le Conseil supérieur de l'Université.

Je saisis l'occasion de dire que tous les points de l'hygiène scolaire pourront et devront être abordés, aussi bien la question du *matériel scolaire* encore si défectueux que celle de la propreté corporelle. Certains de nos confrères souhaiteraient qu'on n'envisageât que l'hygiène physique, d'autres voudraient limiter la campagne aux revendications sur les programmes. Nous pensons qu'il y a intérêt à faire l'enquête médicale aussi large que possible.

Depuis l'appel adressé par Mathieu à nos confrères, le Dr H. Surmont (de Lille), a fait connaître un très intéressant projet visant la création de *conseils d'hygiène universitaires*, (1) « c'est-à-dire d'assemblées d'hommes compétents qui seraient appelées à donner leur avis non seulement sur l'installation matérielle des classes, c'est-à-dire, leur emplacement, leur chauffage, leur éclairage, leur nettoyage, leur mobilier, etc., mais encore sur l'*emploi du temps des élèves*, réglé, non d'après les habitudes des professeurs, mais d'après les nécessités physiologiques inhérentes à l'âge des écoliers, au climat de la ville, à la saison, etc., sur la somme d'exercice physique qu'il faut exiger de tous les élèves indistinctement, et sur la forme la meilleure de cet exercice, sur la quantité de travail cérébral qu'on peut, au total, demander *raisonnablement* des écoliers de tout âge, et par conséquent sur les programmes eux-mêmes dont l'élaboration ne doit pas être seulement laissée aux grammairiens, aux mathématiciens, aux naturalistes, aux latinistes, aux hellénistes, aux historiens, aux géographes, mais encore, et on pourrait presque dire surtout, aux hygiénistes et aux médecins. »

Notre confrère lillois expose en ces termes l'organisation possible du nouvel organisme qu'il rêve.

« Rien de plus facile à organiser, du reste, que ces Conseils d'hygiène universitaires. Je ne parle pas du recrutement du « *Conseil supérieur d'Hygiène universitaire de France* ». Les compétences éclairées y seraient foule, à commencer par les délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Plus intéressant est le recrutement du *Conseil d'hygiène académique*. Celui-ci se composerait de membres de droit, et de membres nommés par délégations spéciales. Le recteur de l'Académie en serait, comme il convient, président de droit ; c'est là une absolue nécessité, si l'on veut donner aux décisions du Conseil d'hygiène acadé-

(1) *La Presse médicale*, 15 février 1902.

mique, toute la valeur administrative qu'elles comportent et la rapidité d'exécution qu'elles peuvent nécessiter en certains cas. Le professeur d'hygiène de la Faculté ou de l'Ecole de médecine de l'Université locale serait vice-président de droit, le secrétaire de l'Académie, secrétaire général. L'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement secondaire, les inspecteurs d'Académie, directeurs départementaux de l'enseignement primaire, complèteraient la liste des membres de droit. Les membres nommés seraient choisis parmi les diverses personnalités intéressées et compétentes, à savoir, de préférence, le médecin chargé du service des épidémies, un médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental, dont la présence est indispensable pour renseigner le Conseil sur l'état sanitaire de la circonscription, un délégué des proviseurs des lycées et directeurs des collèges, un délégué des maîtres-répétiteurs et surveillants, un délégué des médecins des lycées et collèges, un délégué des instituteurs, une déléguée des institutrices. Telles seraient, avec un architecte et un ingénieur sanitaire, toutes les compétences nécessaires et suffisantes. Les divers délégués seraient désignés par un vote de leurs collègues, plutôt que choisis directement par l'autorité académique.

« De ce Conseil d'hygiène académique émanerait une section permanente dont feraient partie, outre les membres de droit, le médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental et un autre délégué habitant le chef-lieu académique.

« Ainsi composé, le Conseil d'hygiène académique serait *nécessairement* consulté sur toutes les questions intéressant l'hygiène du personnel ou du matériel des établissements universitaires de tous ordres de son ressort, car on peut bien avouer qu'au point de vue des manquements quotidiens aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et de la salubrité, les établissements d'enseignement supérieur, même et surtout les Facultés de médecine, n'ont rien à envier à la plus délabrée des écoles de village. A l'heure actuelle, les Conseils d'hygiène départementaux sont bien consultés sur la valeur hygiénique des emplacements choisis pour les écoles, mais ils n'ont à donner leur avis ni sur les aménagements intérieurs, ni sur le mobilier, ni sur aucun des points si particuliers et si importants qui forment le grand chapitre d'hygiène qui s'intitule dans les traités classiques : « l'hygiène scolaire » et qui n'est pas une des parties les moins importantes de la puériculture. Qui ne voit de suite l'importance des réformes urgentes à faire et des services à rendre? En outre, le Conseil d'hygiène académique recevrait, au moins chaque mois, un rapport signé du médecin et du directeur de chaque établissement sur l'état sanitaire de la maison. Il aurait sous sa juridiction les médecins des divers établissements, et, renseigné à la fois par chacun d'eux et par le médecin des épidémies, pourrait les avertir à son tour des précautions à prendre pour éviter les maladies scolaires qui peuvent menacer l'établissement à eux confié. Il surveillerait l'exécution des mesures prescrites par lui, en déléguant au besoin l'un de ses membres pour les inspections nécessaires; il s'occuperait enfin de l'enseignement de l'hygiène dans le ressort de l'Académie, à la fois en introduisant dans les programmes de l'enseignement primaire des œuvres post-scolaires, les notions d'hygiène locale appropriées au genre de vie et de travail des classes laborieuses, dans les différents centres de la circonscription, et en veillant au recrutement des professeurs d'hygiène dans les lycées et les écoles normales. Depuis que, sous la pression de la nécessité, l'enseignement de l'hygiène a été introduit dans les programmes de l'enseignement secondaire et des écoles normales, il a été donné par les professeurs d'histoire naturelle, de physique et de chimie, quelquefois même de philosophie ! Or, quelle que soit la bonne volonté de ces professeurs improvisés, ils ne peuvent donner avec l'autorité et la science nécessaires un enseignement qui, d'autant plus difficile qu'il doit être plus condensé, ne peut être utilement et bien donné que par un méde-

FEUILLETON

Une infamie.

Elle va bien, la plèbe journalistique !

Pendant que se fondent des ligues de préservation sociale et que se discutent des lois de santé publique où les médecins font preuve de savoir et de vaillance ; pendant que Fournier emploie toute son énergie à diminuer le nombre des « avariés » ; que Le Gendre et Mathieu consacrent toute leur science à l'hygiène pédagogique, à la défense corporelle et intellectuelle des enfants et des adolescents ; pendant que, partout, la collectivité, après avoir fait appel à nos dévouements, est obligée de rendre hommage à notre philanthropie ; après que, au Bazar de la Charité, les deux seuls adultes mâles trouvés brûlés dans les décombres furent reconnus être deux médecins ; alors que, chaque jour, sur tous les champs de bataille, nous luttons de toutes nos forces contre tous les fléaux et que nous réclamons une éducation du peuple plus large et des mœurs meilleures qui fassent la maladie plus rare et moins meurtrière, la vie plus facile, la solidarité dans le malheur plus réelle, la société plus saine et plus forte, voilà qu'un plumitif nous adresse un outrage inédit autant qu'infamant.

Un grand journal du soir possède un rédacteur qui fait connaître au grand public le « Paris vécu ». Cet homme protée est tantôt camelot, tantôt « mégotier », tantôt marin « retour de Chine » avec de la pacotille. Sa dernière incarnation lui a permis d'accompagner un « placier pour maisons de société ». Il s'est documenté pour pouvoir documenter ensuite les lecteurs de son journal. Son compagnon a trouvé dans un square une belle normande de vingt-deux ans qu'il a grisée, baignée, nippée, puis embauchée pour un « établissement » de province. C'est le premier article (15 février). Le second article (17 février) nous montre, à l'étalage de la première page, le placier de la ville de N. où il est allé livrer son « colis ». Il a touché la commission d'usage. Le moment est venu de philosopher et l'on cause.

C'était une bonne et docile créature, cette normande dont il vient de préparer le « bonheur » grâce à sa « protection ». Son arrivée a été une fête à N. où, tout en étant heureuse, elle fera la joie des habitués qui l'attendaient à la gare. Mais toutes ne sont pas ainsi. Il en est qui, dégrisées, regimbent désespérément.

— Celles-là, dit le racoleur, on les envoie dans les *maisons de fer*. Il en existe en Savoie, en Auvergne et dans les Pyrénées. Les tenancières de ces asiles, aidées de leurs maris, battent les pension-

cin. Le Conseil d'hygiène académique aurait à désigner à l'autorité supérieure, soit parmi les médecins des lycées et collèges, soit parmi les confrères plus particulièrement indiqués par leurs travaux habituels, ceux qu'il croirait plus aptes à remplir ces enseignements. »

Je tenais à signaler à nos lecteurs ce plan si digne de leur attention ; ils seront les bienvenus à nous soumettre leurs réflexions à son sujet.

Je remercie ceux d'entre nos confrères qui nous ont écrit ; je prie ceux qui ne l'ont pas fait de prendre contact avec nous afin de donner la plus grande ampleur possible à notre enquête.

P. Le Gendre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le chloroforme chez les cardiaques

On s'est occupé beaucoup, aux dernières séances de l'Académie de Médecine, de l'administration du chloroforme comme anesthésique général chez les cardiaques. M. *Huchard* a fait une très documentée communication sur la manière de donner le chloroforme chez les cardiaques et sur la nécessité d'une grande expérience pour procéder à cette opération. Tout d'abord, il a insisté sur la possibilité d'administrer le chloroforme chez les cardiopathes : beaucoup de praticiens ont encore une sainte terreur pour la chloroformisation des malades atteints d'affections du cœur ; c'est énormément exagéré. Avec un redoublement d'attention, on parvient à provoquer le sommeil anesthésique sans accidents. Il est vrai qu'une grande prudence et une grande habitude d'observation du pouls, de la respiration et de l'état de la pupille sont indispensables pour que la chloroformisation soit inoffensive même chez les sujets sains. Aussi, M. Huchard propose-t-il de former des chloroformistes spécialistes dans les hôpitaux. M. Berger est de cet avis, ainsi que M. le Dentu.

Au contraire, MM. Championnière et Richelot s'élèvent contre une telle innovation: L'opérateur, dit M. Championnière, est responsable de la chloroformisation ; c'est à lui d'y avoir l'œil et d'instruire ses élèves. Il ne faut pas de spécialistes ; autrement, plus personne ne saura donner le chloroforme ; d'ailleurs, même les spécialistes ont leurs accidents.

Pour M. Richelot, ce n'est pas dans la qualité du chloroforme qu'il faut chercher les accidents c'est dans le chloroformisateur. Ce dernier doit être, dans les hôpitaux, un élève ; c'est aux chefs de service à former des chloroformisateurs ; ce qu'on doit éviter, c'est de donner une même chloroformisation à tous les malades.

A propos de cette discussion, M. Laborde insiste, dans la *Tribune médicale*, sur la nécessité de bien se souvenir des données physiologiques.

Puisque le premier danger consiste dans une syncope initiale, syncope cardiaque, réflexe d'arrêt portant essentiellement sur la mécanique cardio-respiratoire, et dont les éléments fonctionnels sont :

« 1° Les expansions périphériques du nerf nasal et du laryngé supérieur (point de départ de l'excitation périphérique) ;

2° Le centre bulbaire et les noyaux d'origine cardiaque et respiratoire du nerf pneumogastrique (point d'arrivée central de l'excitation) ;

3° Les fibres motrices ou cardiaques du pneumogastrique et les nerfs moteurs respiratoires (conducteurs centrifugés du réflexe d'arrêt);

Puisque, donc, le premier danger consiste dans une syncope cardiaque réflexe, il faut :

S'opposer autant que possible au réflexe ou accident d'arrêt cardio-respiratoire primitif ou secondaire, surtout à l'arrêt cardiaque primitif, but pouvant être atteint :

a. D'une part, par l'atténuation préalable des effets d'irritation en question sur les phénomènes de sensibilité périphérique ;

b. D'autre part, par l'atténuation de l'action modératrice ou d'arrêt du centre bulbaire ou de ses noyaux cardiaque et respiratoire, et de l'ex-

---

naires jusqu'à ce qu'elles obéissent. Aussi, quand l'une d'elles parvient par hasard à s'échapper, elle ne demande pas à rentrer dans une autre maison.

— Comment peut-il se faire, dit le reporter, que les plaintes de ces pauvres filles ne soient pas entendues.

— Le *médecin* et le commissaire de police sont, en pareil cas, les meilleurs auxiliaires des patrons.

— *Afin d'être poli* avec mon interlocuteur, écrit le journaliste (?), j'insinue qu'il doit altérer la vérité.

Et voilà !

Depuis Bel-Ami, direz-vous, nous savons comment se fait le reportage. Comme beaucoup d'explorations, il se fait en chambre. Possible, mais l'injure grossière et précise n'en subsiste pas moins.

Les hivers ont neigé sur ma tête et les cheveux blancs rendent sceptique et tolérant. Aussi ai-je souri sans m'indigner quand un romancier ou un vaudevilliste nous a malmenés. Lorsque, de parti pris, Léon Daudet a fait le procès des Morticoles, il a pris, malgré tout, le soin de peindre, en opposition des autres, un médecin aux vertus dignes d'un Vincent de Paul. Et je pouvais me consoler pour la corporation des attaques du fils en me rappelant le portrait qu'avait fait le père d'un docteur Bouchereau qui, dans *Numa Roumestan*, je crois, s'apprête à mourir d'une affection cardiaque en disant que son cœur a trop frôlé de misères humaines, trop vibré à leur contact et qu'il « meurt des maladies des autres ».

Quand Brieux nous montre un complaisant, un arriviste, un faiseur, il place comme contraste, tout à côté, un vieux praticien qui porte des souliers à bouts carrés, et dont le front, également carré, loge de belles, de grandes et généreuses idées. Et puis, nous ne sommes pas intangibles et assez peu larges d'intellect pour ne pas rire nous-mêmes de nos travers. Vive Molière !

Enfin, il est un remède à nous contre toutes les avanies, c'est de nous dire, avec Montesquieu, que les sauvages, dans les forêts, ne s'attaquent qu'aux arbres à fruits.

Il y a cependant des limites et, cette fois, elles ont été dépassées. Voilà pourquoi je m'indigne au lieu de sourire. Je n'appartiens pas aux départements indiqués de la Savoie, de l'Auvergne et des Pyrénées, mais *hodie tibi, cras mihi*. D'ailleurs, toute la grande famille doit se sentir atteinte. Essayer de déshonorer les uns, c'est tenter d'éclabousser les autres.

Il ne faut pas laisser s'accréditer cette idée qu'il n'y a de juges qu'à Berlin. Il y a aux Pyrénées, en Auvergne et en Savoie des syndicats médicaux qui feront bien de méditer le vieux proverbe : « Oignez vilain, il vous poindra ; poignez vilain, il vous oindra ».

Que savent-ils des *maisons de fer* ? Dr L. Viaud.

citabilité de l'émissaire de ces centres, le nerf pneumogastrique.

La seconde alternative, la mort par toxicité de la substance, se produit par la suspension primitive de la fonction respiratoire, et secondaire de la fonction cardiaque ; la respiration s'arrête avant le cœur,

A ces accidents, il convient d'opposer, en plus de la qualité de la substance, le dosage, la mesure de la substance, proportionnée et adaptée à la capacité organique et fonctionnelle du sujet ; préoccupation qui s'est traduite par les différents modes de compresses, le cornet, les masques, jusqu'au moment où la recherche et la méthode expérimentales sont venues apporter le caractère de l'exactitude et de la certitude du titrage de la substance, ayant pour but de s'opposer aux effets d'accumulation extra-physiologique, qui constituent les effets toxiques dangereux.

C'est encore la physiologie expérimentale, en tenant un compte exact des causes adjuvantes et prédisposantes, qui a pu répondre à ces desiderata.

Pour satisfaire à la première indication, il faut recourir à tous les moyens capables :

1° D'abaisser le taux de la sensibilité générale périphérique, et en particulier de la sensibilité naso-pharyngo-laryngée ;

2° De réduire le pouvoir modérateur des centres bulbaires et l'excitabilité propre des nerfs vagues, ou des ganglions frénateurs avec lesquels ils sont en relation.

Il faut, en un mot, adjoindre à l'anesthésique en vapeur, d'une manière préalable et systématique, des analgésiques généraux et locaux.

Le choix de l'analgésique général préventif doit être subordonné à l'indication clinique, dans chacun des cas individuels dont il s'agit : en principe, la morphine constitue, sans contredit, le moyen le plus puissant, et elle peut être avec avantage associée, selon le procédé de Dastre et Morat, à l'atropine qui, à part son action propre de modérateur cardiaque, joue, vis-à-vis de la première, le rôle d'antagoniste toxique. Il importe, au premier chef, de s'assurer toujours de la pureté chimique de ces substances, de même que de celle du chloroforme.

Ces deux substances, de valeur physiologique antagoniste, mais de même effet thérapeutique, peuvent être données en injections sous-cutanées, selon la formule que nous rappelons :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Sulfate neutre d'atropine......	0 — 005
Eau distillée..................	10 —

pour injecter un gramme et demi.

Mais, quel que soit le cas, et alors que le chirurgien éprouve la moindre appréhension de l'emploi de la morphine, seule ou unie à l'atropine, il peut s'adresser en toute sécurité à la narcéine solubilisée de Duquesnel, qui se prête à l'injection hypodermique, aux doses relativement élevées de trois, quatre et cinq centigrammes, sans exposer à aucun accident, et qui a donné, sur le terrain expérimental, les résultats les plus encourageants relativement à la prévention des dangers initiaux de la chloroformisation.

L'analgésique local, par excellence, est la cocaïne, son intervention en applications topiques (badigeonnages et pulvérisations) sur la muqueuse nasale et pharyngo-laryngée peut être et est, en réalité, des plus efficaces pour conjurer le danger toujours imminent de l'arrêt cardio-réflexe ou respiratoire primitif.

Ces paroles datent de 1892 ; à cette époque, la spartéine, cet agent si actif et d'une efficacité presque merveilleuse, n'était pas encore employée ; sa diffusion, aujourd'hui, fait un devoir de l'indiquer également à titre de préventif physiologique en raison de son pouvoir certain et de l'adjoindre à la formule indiquée plus haut.

La seconde précaution physiologique préventive c'est, nous l'avons vu, pour combattre la toxicité inhérente à la substance employée, la méthode des mélanges titrés facilement applicable, grâce à un outillage perfectionné devenu moins encombrant, plus transportable.

La variole et la levure de bière.

M. le Dr *Piétri*, de Nice, a eu l'heureuse idée de traiter deux cas de variole par la levûre de bière. Il s'agissait de varioles très confluentes, chez deux hommes vigoureux, d'une quarantaine d'années, non revaccinés depuis leur enfance. Grâce à la levûre de bière fraîche, donnée à la dose de 5 à 6 cuillerées à café par jour *sans aucun autre traitement*, les pustules se sont séchées très rapidement, *sans suppuration ni fièvre* ; il n'est resté aucune marque sur le corps et le visage des malades.

Le Dr Piétri croit que la levûre de bière fraîche est appelée à rendre de grands services dans la variole, elle pourrait même (comme pour les furoncles) en la donnant tout à fait au début de la variole, faire avorter complètement ces pustules.

Evidemment, deux observations sont insuffisantes pour entraîner la conviction, mais le champ est ouvert, on peut essayer la levûre de bière dans la variole, il n'est pas douteux qu'on obtienne de bons résultats.

Cette méthode est appliquée d'ailleurs, de temps en temps et donne de nombreux succès ; nous avons déjà publié dans ce journal des cas de variole traités par la levûre de bière isolément par d'autres confrères. Qu'on s'en souvienne et qu'on n'oublie pas d'y avoir recours dans toutes les occasions, afin de rassembler un nombre respectable de cas bien probants.

MÉDECINE PRATIQUE

Les anévrysmes de l'aorte.

Depuis longtemps déjà, l'attention des médecins est attirée sur la question toujours si grave des anévrysmes et en particulier sur les anévrysmes de l'aorte. En quelque région que soit situé un anévrysme, c'est toujours une affection grave, susceptible d'amener la mort. Aux membres et au cou, l'anévrysme est du domaine chirurgical, nous ne nous en occuperons pas aujourd'hui ; au tronc, l'anévrysme peut siéger à la crosse de l'aorte ou à l'aorte abdominale. Nous envisagerons les anévrysmes aortiques au point de vue séméiologique, diagnostique et thérapeutique.

I

Etiologie et Symptomatologie

Les anévrysmes de l'aorte sont le plus souvent consécutifs à la syphilis, l'alcoolisme, la goutte et l'arthritisme. Les grands efforts thoraciques, les traumatismes, les trop fréquents éclats de voix, sont des causes qui favorisent plus ou mois la production de ces ruptures de tuniques artérielles.

Comme ordre de fréquence du siège des anévrysmes de l'aorte, citons : 1° la partie ascendante de la crosse de l'aorte ; 2° sa convexité ; 3° sa portion descendante ; 4° l'aorte thoracique ; 5° l'aorte abdominale. Le volume de la poche varie depuis celui d'une aveline jusqu'à celui d'une tête de fœtus.

Peu de maladies sont aussi insidieuses que l'anévrysme aortique ; on ne le reconnaît que lorsqu'il se prononce à l'extérieur. On peut à peine le soupçonner lorsqu'il comprime quelqu'organe essentiel et en gêne les fonctions d'une manière grave : et lorsqu'il ne produit ni l'un ni l'autre de ces effets, souvent, le premier indice de son existence, est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu.

Beaucoup d'anévrysmes aortiques peuvent donc passer inaperçus jusqu'à leur rupture, qui est naturellement mortelle.

Toutefois, certains anévrysmes peuvent donner lieu à quelques symptômes physiques et fonctionnels.

Les symptômes physiques sont : la voussure thoracique ; la matité correspondant à cette voussure, enfin un centre de battements nettement distincts des battements du cœur, ou un simple soulèvement thoracique au voisinage du manubrium sternal.

Les battements sont simples ou doubles pour chaque systole cardiaque ; il y a là une question de siège ; les battements doubles ne se rencontrent que dans les anévrysmes de l'aorte ascendante. Ces battements retardent toujours sur la systole cardiaque et ils sont expansifs.

Quelquefois, la tumeur est ébranlée, dans son ensemble par un mouvement presque continu, représentant une sorte de thrill.

A l'auscultation, on constate *des claquements ou des souffles*, simples ou doubles, comme les battements ; il sont doubles, lorsque la tumeur se trouve à proximité de l'orifice aortique ; quand les claquements sont remplacés par des souffles, c'est qu'il est survenu quelque modification anatomique nouvelle dans la structure de la poche, de l'aorte ou du cœur : c'est le souffle de l'athérome, de la compression de l'aorte par la tumeur, pour le premier souffle, c'est le souffle de l'insuffisance aortique pour le deuxième souffle.

Les tracés sphygmographiques n'ont qu'une valeur relative, sur laquelle nous n'insisterons pas.

Comme conséquence de la présence d'une vaste poche sur le trajet de l'aorte, il ne faut pas oublier que le torrent circulatoire diminue notablement de vitesse et que, par suite, il y a un important retard du pouls sur la systole cardiaque ; ce retard est égal des deux côtés, si l'anévrysme s'est développé avant l'origine des grosses artères, il est plus accentué à gauche, si la tumeur siège entre le tronc brachiocéphalique et la carotide primitive gauche ; il est enfin perceptible seulement pour les vaisseaux du membre inférieur, si l'anévrysme s'est développé sur le trajet de l'aorte descendante. Il ne faut pas attribuer grande valeur à la forme et à l'intensité du pouls, car toute tumeur du médiastin peut amener une compression des ganglions thoraciques et produire une paralysie vaso-motrice.

En ce qui concerne les symptômes fonctionnels, il faut signaler : les palpitations, la dyspnée, les névralgies intercostales, phréniques, cervico-brachiales, les accès d'angor pectoris, le hoquet, la paralysie du diaphragme, le spasme de la glotte, la paralysie des cordes vocales inférieures, principalement d'un seul côté (résonnance bitonale) enfin les accès d'asthme.

M. le Dr *Deville*, du Havre, signale dans la *Revue médicale de Normandie*, un cas d'asthme symptomatique d'un anévrysme de l'aorte, qui est particulièrement remarquable. Il s'agit d'un homme de 42 ans, vigoureux et bien musclé, qui a été pris d'accès d'asthme caractéristique depuis deux ans, et qui, après avoir subi plusieurs examens laryngoscopiques et thoraciques, sans obtenir un diagnostic précis, est venu à la suite d'un nouvel accès, à l'hôpital Pasteur du Havre. M. Deville décrit ainsi l'accès :

Le malade est assis ou plutôt arc-bouté sur son lit. Il respire difficilement ; une sueur abondante couvre son visage qui est cyanosé, son regard exprime l'angoisse, les mains sont froides. La température axillaire est de 36°5. Le pouls bat à 116. Bien que l'oppression paraisse très vive, le nombre des mouvements respiratoires n'est que de 14 à 15 à la minute. L'inspiration, relativement courte, paraît se faire sans trop d'efforts, mais l'expiration est très prolongée ; la dyspnée est manifestement expiratoire. Du reste, on ne constate pas plus de battements des ailes du nez que de tirage sus-sternal ou épigastrique.

L'examen du thorax fait percevoir à la palpation une conservation avec tendance à l'exagération des vibrations thoraciques. La percussion est plutôt sonore des deux côtés du thorax en arrière, à l'exception, toutefois, de la région interscapulaire où on constate une légère submatité. En avant, la matité précordiale se prolonge jusqu'à la partie rétrosternale.

A l'auscultation du poumon, on perçoit quelques râles muqueux aux deux bases, et dans le reste du thorax, une respiration rude avec expiration extrêmement prolongée.

L'examen du cœur est rendu très difficile par les mouvements respiratoires qui ne peuvent être suspendus et qui sont très bruyants. Toutefois, on n'entend pas de souffles orificiels, les bruits normaux semblent affaiblis et lointains, mais réguliers. Pas d'œdèmes des membres inférieurs.

L'appétit est nul, la langue saburrale. Ni vomissements, ni diarrhée. Selles quotidiennes.

Les urines sont rares, mais ne renferment ni sucre, ni albumine.

Quel était le diagnostic à porter en présence de ce malade ?

Il ne s'agissait évidemment pas de dyspnée urémique (absence d'albumine, d'œdèmes, de respiration Cheyne-Stokes), un œdème aigu

du poumon, généralement symptomatique d'un mal de Bright, a une évolution beaucoup plus rapide, et, s'il ne cède pas à la saignée, se termine en quelques instants par la mort.

L'examen du cœur, l'absence de tout antécédent cardiaque, devaient faire rejeter l'hypothèse d'une crise d'asystolie. L'absence de phénomènes généraux, de fièvre, l'auscultation du poumon ne permettaient pas d'admettre une affection pleuro-pulmonaire aiguë.

Restait l'hypothèse d'une obstruction des voies respiratoires supérieures — si plausible, tant étaient grandes l'angoisse et la suffocation — que l'interne du service crut devoir se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie.

J'avais songé, il est vrai, un instant, à la possibilité d'un œdème de la glotte, sinon brightique, du moins d'origine toxique, le malade m'ayant dit avoir pris récemment de l'iodure, et ce médicament lui occasionnant des troubles du côté du larynx, mais je ne tardai pas à écarter cette idée, en raison de l'absence de cornage, de tirage, et l'examen laryngoscopique antérieur étant resté négatif.

En analysant de près le caractère de la dyspnée : diminution notable du nombre des mouvements respiratoires, respiration courte et relativement facile, expiration bruyante, laborieuse et très prolongée — en somme, obstacle à la sortie de l'air plus qu'à son entrée — et sachant, d'autre part, qu'une crise semblable, deux ans auparavant, avait disparu complètement, au bout de 48 heures, par les seules fumigations de datura, je crus devoir porter le diagnostic d'accès d'asthme, sinon d'origine diathésique, peut-être déterminée par des ganglions trachéobronchiques hypertrophiés, cause de la submatité perçue en avant et en arrière à la partie moyenne du thorax ; mais j'avoue que ne songeais nullement à un anévrysme de l'aorte, le malade n'ayant jamais présenté de signes propres à cette affection : battements, thrill, dysphagie, voix rauque ou bitonale, hoquets, inégalité pupillaire, etc.

J'instituai, en conséquence, le traitement d'une crise d'asthme : injection de morphine, inhalations de pyridine, fumigations de datura et en quelques heures, tous les phénomènes alarmants avaient disparu. Mais, le surlendemain, de nouveaux accès se montrèrent et emportèrent le malade subitement. L'autopsie révéla l'existence d'un anévrysme fusiforme de l'aorte, du volume d'une tête de fœtus. En somme, l'asthme était dans ce cas symptomatique de l'anévrysme aortique.

« Ce symptôme, qui n'occupe qu'un plan assez éloigné dans les manifestations cliniques des tumeurs du médiastin, a donné lieu à des interprétations différentes. Les uns (avec Salter, Lefèvre et Trousseau) en font une contraction spasmodique des muscles de Reissessen par compression des pneumo-gastriques ; d'autres, parmi lesquels Baglivi et G. Lée, l'attribuent à un spasme musculaire d'origine réflexe, intéressant les muscles inspirateurs et surtout le diaphragme (nerf phrénique), d'où obstacle apporté au fonctionnement de leurs antagonistes, les expirateurs.

Quelle que soit l'explication physiologique (compression ou inhibition) — ce symptôme mérite d'attirer l'attention, tant par l'erreur à laquelle il peut prêter, que par la marche qu'il donne à la maladie — la mort par asphyxie étant plus rare dans les anévrysmes de l'aorte que la terminaison par rupture de la poche et mort subite. »

La compression du grand sympathique se révèle par des phénomènes *pupillaires* (dilatation ou resserrement), habituellement unilatéraux.

On a signalé encore des cas de *polyurie* très accentuée. Si la compression porte sur un gros tronc vasculaire, on verra des œdèmes, variables suivant la nature ou le siège du vaisseau comprimé (œdème de la face, d'un bras ou généralisé).

On a recueilli des observations de compression avec oblitération de la veine cave supérieure.

Une dysphagie prononcée caractérise la compression de l'œsophage, du pneumogastrique ou du récurrent, dont certains filets se rendent aux muscles constricteurs de l'œsophage et du pharynx.

La compression d'un gros tuyau bronchique sera annoncée par une diminution notable dans l'intensité du murmure respiratoire.

La compresston d'une lame pulmonaire peut donner naissance à un souffle extra-cardiaque qui présente parfois une grande netteté.

II

Diagnostic.

L'exposé de la symptomatologie des anévrysmes de l'aorte montre que le diagnostic n'en est pas toujours aisé. Il est évident que quand on constate chez un malade, avec de la dyspnée, des palpitations, des douleurs rétro-sternales, une voussure thoracique, présentant des battements expansifs et des souffles, le diagnostic s'impose.

Mais dans les cas où la tumeur est profondément située, le diagnostic ne peut guère être qu'un fait du hasard, ou un résultat indirect obtenu par élimination successive de toutes les tumeurs du médiastin.

Un point intéressant à établir, c'est le siège exact de l'anévrysme.

Pour la portion ascendante de la crosse, on se basera sur l'existence de double claquement ou de double souffle, et d'un retard de la pulsation radiale égal des deux côtés ; mais les tumeurs de la convexité de l'aorte sont faciles à confondre avec un anévrysme du tronc brachio-céphalique de la carotide primitive ou de la sous-clavière. Le signe qui, au point de vue du diagnostic a certainement le plus de valeur, c'est le retard de la pulsation radiale droite.

L'anévrysme de la convexité de la crosse s'accompagne le plus ordinairement du retard du pouls radial gauche sur la pulsation radiale droite (1).

A lui, appartiennent les compressions précoces surtout du côté de l'appareil laryngo-trachéal.

Quant à l'anévrysme de la concavité, il est fort difficile de le distinguer ; il ressemble par la symptomatologie à une lésion organique du cœur.

Les anévrysmes de l'aorte thoracique viennent, le plus souvent, faire saillie sur les côtés de la colonne vertébrale, ils s'accompagnent de dou-

(1) Laveran et Teissier. — *Pathol. méd*

leurs intercostales violentes ; il est rare qu'on y constate des bruits de souffle, mais ils provoquent souvent de l'ostéite vertébrale qui rend fort douloureux les mouvements du tronc. En pareille circonstance, les phénomènes paraplégiques sont fréquents.

L'anévrysme de l'aorte abdominale peut se révéler par des signes plus nets que ne le sont en général les symptômes de compression : douleurs lombo-abdominales, sciatiques, parésie des membres inférieurs. On note le retard des deux pouls fémoraux sur la pulsation radiale. De plus, l'anévrysme est accessible à la palpation profonde et trahit sa présence par l'existence d'une tumeur expansive dans tous les sens, offrant des battements et laissant entendre un bruit de souffle. Nous n'insisterons pas sur la possibilité de confusion entre un anévrysme abdominal et une tumeur accolée à l'artère, sans communication avec elle; de même, il faudra se garder de prendre pour un anévrysme, les battements abdominaux du tronc cœliaque, que l'on rencontre fréquemment chez les anémiques et les sujets très maigres.

III

Traitement

La question du traitement des anévrysmes de l'aorte était autrefois d'une désespérante nullité. On donnait de l'iodure de potassium, de la digitale, de la trinitrine, sans grand espoir de succès. On essayait les coagulants internes, le tannin, l'ergot de seigle, l'acétate de plomb ; mais, sans aucun résultat.

Enfin, l'italien Cinisselli a joui pendant un certain temps d'une grande réputation, pour sa méthode d'électropuncture ; mais une découverte moderne paraît devoir éclipser tous ces moyens par la puissance des effets qu'elle permet d'obtenir. Nous voulons parler de la méthode créée par M. le Dr Lancereaux, la coagulation sanguine intra-anévrysmale par les injections sous-cutanées de gélatine. Cette méthode date à peine de 3 ou 4 ans.

La gélatine doit être chimiquement purifiée et dissoute dans de l'eau distillée parfaitement stérilisée, au titre de 5 0/00. L'injection doit être faite sous-cutanée, dans le tissu cellulaire des flancs, des hypochondres ou des épaules, lentement et à la température de 37 degrés.

Les résultats obtenus sont rapportés par M. Lancereaux lui-même dans une communication à l'Académie de médecine.

Nous citons ses paroles :

« Un de mes malades, le premier auquel fut appliqué cette méthode thérapeutique, est entré de nouveau dans mon service au mois de novembre 1898 avec des symptômes de grippe légère qui se dissipèrent au bout de deux ou trois jours.

« Ce malade, complètement remis, était sur le point de quitter l'hôpital, lorsque le 5 décembre au matin on le trouva mort dans son lit. La mort subite, par syncope, est, comme on le sait, fréquente dans les affections de l'aorte et le traitement par la gélatine ne peut la prévenir, car il s'adresse uniquement au contenu de la poche anévrysmale. D'ailleurs, aucune injection gélatinée n'avait été pratiquée depuis plus de deux mois.

« L'examen anatomique qui fut fait le lendemain du décès permit de constater l'intégrité des viscères thoraciques et abdominaux.

« Il n'y avait pas d'artério-sclérose généralisée ; seule, l'aorte présentait les lésions caractéristiques de l'aortite paludique ou aortite en plaques. altérations localisées au niveau de sa portion intra-thoracique, tandis que la partie abdominale de ce vaisseau était à peu près intacte.

« Comme vous pouvez le voir sur cette pièce, la paroi antérieure de l'aorte ascendante présente, à 3 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes, une ouverture à peu près circulaire, mesurant 3 cent. 5 de diamètre. Par cette ouverture, l'aorte communique avec une énorme poche, du volume de la tête d'un enfant, qui a érodé la paroi sterno-costale et est venue faire saillie sous la peau.

« Cette poche, ainsi constituée de deux parties, l'une intrathoracique, l'autre sous-cutanée, est entièrement remplie de caillots anciens très fermes, s'opposant d'une façon absolue à la pénétration du sang.

« Or, cet homme, avant d'être traité par les injections de gélatine, avait été soumis pendant plusieurs mois au repos absolu combiné avec la diète, les saignées répétées et l'administration d'iodure de potassium à hautes doses. Malgré ce traitement, la poche anévrysmale avait continué à augmenter de volume, à tel point qu'elle menaçait de perforer la peau très amincie à ce niveau.

« C'est alors que fut pratiquée la première injection de gélatine, et dès le lendemain il fut possible de constater que la tumeur était manifestement plus ferme et que ses battements étaient plus éloignés. A la suite de nouvelles injections, la poche diminua de volume et les douleurs cessèrent complètement.

« Le malade put alors reprendre ses occupations, se fatiguer et même commettre des imprudences ; néanmoins, la guérison se maintint pendant toute une année. Deux rechutes étant survenues par le fait de la production de petites poches adjacentes à la première, il suffit de quelques injections de gélatine pour amener la formation de caillots comme le démontre l'examen de la pièce : on y voit, en effet, à la partie inférieure de la poche principale, une petite cavité comblée par des caillots récents.

« De ces faits, résultent plusieurs enseignements : le premier c'est que le séjour au lit ne suffit pas, ainsi que l'a prétendu récemment M. Litten (de Berlin) pour amener la disparition des anévrysmes de l'aorte ; le second, c'est que la guérison définitive d'un anévrysme par oblitération totale du sac, ne s'obtient qu'à la suite d'un nombre d'injections de gélatine variable suivant les cas, mais que l'on peut évaluer approximativement à 25 ou 30 au minimum. »

C'est là un immense progrès dans la thérapeutique médicale, qui a l'avantage d'être à la portée de tous les praticiens bien au courant de la méthode antiseptique et aseptique. Un seul problème reste encore à résoudre, c'est la difficulté trop fréquente du diagnostic précis.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur agrégé MAUCLAIRE.

Formes cliniques et traitement de la péritonite tuberculeuse.

Nous avons dans le service un malade, couché au n° 4 de la salle Saint Landry, dont l'histoire constitue un précieux enseignement à plusieurs points de vue. Cet homme, âgé de 29 ans, fut conduit à l'Hôtel-Dieu dans un état grave, en proie à une douleur abdominale violente. Admis chez M. Dieulafoy, il nous fut adressé, deux jours plus tard, pour être soumis à l'intervention chirurgicale.

Ses antécédents, nuls du côté héréditaire, offrent, par contre, du côté personnel, différentes particularités utiles à enregistrer. Il y a 8 ans, il fit une première bronchite qui le retint un mois environ à l'hôpital. Il fut atteint plus tard d'une pleurésie droite et, l'année dernière, d'une pleurésie gauche. Depuis quelque temps, enfin, il ressentait de fréquentes coliques. Je m'empresse d'ajouter que, peu observateur et assez médiocrement intelligent, le malade n'avait attaché aucune importance à ces phénomènes morbides. Loin de les faire ressortir, il répondait vaguement, se pliait mal à l'interrogatoire, égarant ainsi le diagnostic du professeur Dieulafoy et le mien, comme vous allez le voir dans un instant.

Quoi qu'il en soit, il fut pris, le 30 janvier, brusquement, d'une douleur pongitive violente dans l'abdomen accompagnée d'un frisson intense, de céphalalgie, de nausées et de vomissements les uns alimentaires, les autres porracés. Le ventre, à sa partie sous-ombilicale surtout, était ballonné, très sensible à la palpation ; la fosse iliaque droite n'offrait rien de particulier. La température atteignait 39°, 40°, le pouls marquait 120. Le facies, en outre, présentait le cachet péritonéal type, les yeux excavés, le nez effilé, les traits profondément tirés.

En présence d'accidents aussi aigus, il convenait de songer, en premier lieu, à la péritonite par perforation. Celle-ci se déclare, en effet, tout à coup, sans prodromes, chez des individus atteints d'appendicite, d'ulcus simplex de l'estomac, du duodénum, d'ulcère de l'intestin grêle ou encore de lésions de la vésicule biliaire. Un jour, sans motif appréciable, la perte de substance devient complète et la porte se trouve grande ouverte à l'infection. Toutefois, les sujets en question savent habituellement à quoi s'en tenir sur leur état. Un ulcère stomacal n'évolue pas sans causer des troubles digestifs, je ne crois pas non plus qu'il puisse exister une appendicite sans symptômes appréciables.

Or, chez notre malade, on ne trouvait aucun signe d'affection gastro-intestinale vraiment précis, la cause de la péritonite demeurait mal déterminée lorsque, le deuxième jour, se montra une diarrhée très abondante d'emblée. Le diagnostic de péritonite aiguë à pneumocoque fut, de ce fait, porté. M. le Professeur Dieulafoy, vous le savez, a beaucoup étudié cette dernière affection et il a nettement établi ses caractères essentiels : début par une douleur intense, véritable *coup de poignard abdominal* — telle est sa propre expression — auquel succède le tympanisme du ventre à prédominance sous-ombilicale et la diarrhée. Ces trois grands symptômes se retrouvaient effectivement chez notre patient.

Il existait bien, il est vrai, quelques signes qui, par leur association, auraient dû attirer l'attention : les antécédents personnels d'abord, les coliques antérieures, les deux pleurésies. Quant aux résultats de l'auscultation, les avis restaient divisés, les uns déclarant la respiration normale, les autres émettant des doutes sur l'intégrité du poumon. Quelqu'un même, dans le service de clinique médicale, parla d'une péritonite bacillaire. Toutefois, la triade symptomatique : douleur, tympanisme et diarrhée, était si frappante que, malgré tout, le diagnostic de péritonite à pneumocoque fut maintenu.

J'examinai moi-même le malade, à ce moment, et, impressionné d'ailleurs par l'opinion ambiante, j'admis également la péritonite aiguë à pneumocoques. De toutes façons, le temps pressait, le cas était urgent, il fallait intervenir sans plus tarder. Assurément, si nous avions eu quelques jours devant nous pour suivre l'évolution de la lésion, l'inexactitude du diagnostic eût été redressée. Mais, je le répète, nous ne pouvions pas attendre d'autant que, dans les différentes hypothèses, le traitement restait identique.

Je pratiquai donc la laparotomie et, une fois la peau sectionnée, je refis un examen sous le chloroforme. Je remarquai en premier lieu un bruit de frottement neigeux type quand le malade respirait ; je trouvai ensuite le péritoine épaissi, l'épiploon et les anses intestinales recouverts de granulations tuberculeuses les unes encore en pleine maturité, les autres déjà passées à l'état fibreux. Il existait des adhérences multiples des anses intestinales entre elles. La péritonite à pneumocoques faisait place au prototype de la péritonite tuberculeuse à forme fibro-caséeuse.

Après avoir ainsi constaté la présence d'un nombre considérable de granulations et de petits fibromes tuberculeux garnissant les masses épiploïques et intestinales, je cherchai s'il n'y avait pas du côté de l'appendice quelque modification morbide expliquant la crise aiguë. A la vérité, l'agglutination des anses rendait l'exploration singulièrement délicate. Néanmoins, il me fut possible de faire une investigation suffisante pour découvrir une collection liquide quelconque, celle-ci eût-elle existé. L'abdomen était tympanisé partout ; nulle part, je ne sentis de fluctuation. Dès lors, le diagnostic de poussée aiguë au cours d'une péritonite tuberculeuse chronique devenait évident.

Laissant maintenant de côté l'histoire clinique de ce malade, je vais prendre pour sujet d'étude la péritonite bacillaire elle-même. C'est une affection fréquente qui, au lit du patient, se montre sous différents types bien distincts. Il y a non pas une mais *des* péritonites tuberculeuses.

On doit en distinguer, d'abord, deux grandes variétés l'une aiguë, l'autre chronique. La variété aiguë n'offre pas un bien vif intérêt pratique car, se produisant avec la granulie dont elle n'est qu'un symptôme, son rôle demeure accessoire en face des altérations pulmonaires et méningées qu'elle accompagne. Elle figure dans les relevés d'autopsie sans attirer autrement l'attention du clinicien.

Il n'en est pas de même de la variété chroni-

que qui comprend la majorité des cas autrefois décrits sous le nom de péritonite chronique. Elle se présente sous 3 formes générales :

1° La *forme ascitique*. Fréquente chez les jeunes filles où elle a souvent comme point de départ une tuberculose des annexes génitales, elle englobe la plupart des exemples de l'affection jadis cataloguée ascite essentielle des jeunes filles. Elle se caractérise par le développement progressif du ventre qui renferme du liquide ascitique en plus ou moins notable abondance. Vous examinez le rein, le foie, le cœur, ils sont normaux. Rien ne paraît expliquer l'épanchement péritonéal. L'intervention chirurgicale a permis de reconnaître qu'un bon nombre de ces abdomens renfermaient, insérées sur le péritoine, des granulations tuberculeuses. Assez fréquemment, il est vrai, celles-ci ne sont pas visibles à l'œil nu, le microscope seul les révèle, ce qui explique l'erreur des anciens auteurs et la dénomination d'ascite essentielle. La forme ascitique de la tuberculose péritonéale avoisine souvent une pleurésie également bacillaire ; cette coexistence aide beaucoup le diagnostic.

2° *Forme fibro-ulcéro-caséeuse*. Elle se traduit par le développement de granulations sur l'épiploon et l'intestin, les unes à peine ulcérées, les autres en pleine dégénérescence caséeuse. Lorsque la totalité du péritoine et du grand épiploon sont envahis, il se forme un véritable gâteau pathologique.

Cliniquement, cette forme a pour symptômes le gâteau épiploïque dont je viens de parler, sorte de plastron nettement perceptible sous le revêtement cutané. Plus tard, les masses ulcéro-caséeuses peuvent se cicatriser, passer au stade fibreux et on perçoit alors des frottements caractéristiques dus aux anses intestinales recouvertes de tissu rigide. Il peut aussi se produire comme conséquence, du fait des adhérences de plusieurs portions entre elles de l'intestin, des coudures de cet organe avec, pour résultat final, l'obstruction intestinale et ses signes, vomissements fécaloïdes, etc.

3° *Forme fibro-adhésive*. Elle représente les deux formes précédentes passées au stade de guérison. Le ventre est rétracté par une membrane fibreuse cicatricielle qui a refoulé le tube digestif et le comprime sur la colonne vertébrale. Ici encore, il faut redouter l'obstruction intestinale.

Je signale simplement la forme ganglionnaire c'est-à-dire la bacillose limitée aux ganglions lymphatiques du mésentère. Elle se nommait autrefois, en pathologie infantile, le carreau.

A côté de ces formes chroniques généralisées, il existe un autre groupe important de tuberculoses péritonéales. Ce sont :

4° Les *péritonites tuberculeuses chroniques localisées*. — La plus commune est celle qui succède à la typhlo-appendicite bacillaire. Le praticien doit se mettre en garde contre les troubles appendicitaires à évolution lente et progressive, lesquels, dans un certain nombre de cas, sont d'origine tuberculeuse. Je me rappelle, par exemple, avoir opéré il y a quelque temps une jeune fille atteinte d'appendicite à marche chronique. Une fois l'appendice enlevé, les signes morbides, loin de s'amender, continuèrent à s'accuser et, peu à peu, un gâteau péritonéal type se développa dans la fosse iliaque droite.

Il est un autre siège de prédilection pour la bacillose localisée du péritoine ; je veux dire le petit bassin. La pelvi-péritonite se mêle à la salpingite tuberculeuse et aux abcès froids pelviens. D'autres points donnent parfois asile au bacille de Koch, tels le péritoine sus-hépatique (abcès froid péri-hépatique, sus-phrénique) et le péritoine des sacs herniaires.

Vous voyez, par cette énumération, combien la tuberculose péritonéale est fréquente. Chemin faisant, nous en avons indiqué les symptômes et le diagnostic. Le pronostic est grave eu égard à l'évolution progressive du mal. Celui-ci peut se propager, en outre, à d'autres organes, à la plèvre, aux poumons, aux méninges, etc. Une question se pose : la tuberculose intestinale si fréquemment associée à celle du péritoine est-elle complication ou lésion initiale ? Est-ce l'ulcération intestinale qui infecte le péritoine ? Je ne le crois pas.

Les altérations péritonéales se compliquent également de suppuration, d'occlusion intestinale avec ulcérations consécutives, fistules et anus contre nature.

Heureusement, il est vrai, la régression spontanée s'observe quelquefois, dans la forme ascitique de préférence.

Il est difficile d'établir un pourcentage des guérisons. Je ne suis pas, pour ma part, aussi optimiste que nombre de médecins et de chirurgiens sur les prétendus excellents résultats du traitement. Toutes les variétés sont graves, je n'en connais aucune de vraiment favorable. Tout au plus peut-on dire que la forme ascitique est la moins mauvaise.

Le traitement, néanmoins, n'est pas sans valeur. Il date d'une erreur de diagnostic. Un chirurgien anglais, Spencer Wells, croyant avoir à faire à un kyste très adhérent de l'ovaire, ouvrit un jour l'abdomen d'une malade et tomba sur une péritonite bacillaire. Il se contenta de fermer le ventre et fut étonné de voir sa patiente survivre 20 ans à l'opération. Il publia son observation qui servit bientôt de point de départ à une nouvelle médication de la tuberculose péritonéale : la laparotomie. De tous côtés la question fut mise à l'étude, de multiples statistiques furent établies et on arriva à dire que la seule thérapeutique de cette affection devait être l'intervention chirurgicale. Celle-ci consiste à ouvrir le ventre, à évacuer son contenu s'il renferme de l'ascite et à suturer les lèvres de la plaie après avoir ou non essuyé les anses intestinales à la gaze iodoformée. C'est, en un mot, une laparotomie simple, une mise à nu, à l'air, pendant quelques instants, des organes malades.

On obtiendrait, par la laparotomie, une proportion de 80 % de guérisons dans la forme ascitique et de 60 % dans la forme ulcéro-caséeuse. Je suis loin de croire à des succès aussi brillants. On publie surtout les résultats favorables, laissant les autres de côté. Selon moi, les chiffres précédents sont notablement exagérés.

Quant à dire comment agit la laparotomie, nous l'ignorons. L'effet bienfaisant résulte de la mise à nu, à l'air libre, des tubercules. On a émis, sur cette pathogénie, toutes sortes d'hypothèses, les uns attribuant l'influence curatrice à l'oxygène de l'air, d'autres à l'azote, à l'ozone ou à des principes inconnus de l'atmosphère. Ces temps derniers l'attention a été attirée sur la

leucocytose. L'examen du sang, après la laparotomie, a montré une hyperleucocytose qui, avec le rôle phagocytaire bien connu des globules blancs, pourrait expliquer l'action médicatrice de l'opération.

Le traitement doit s'adresser également aux complications. Les abcès seront ouverts, l'occlusion intestinale sera redressée par la laparotomie ou traitée par l'anus contre nature.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CORRESPONDANCE

Les honoraires au chirurgien d'hôpital pour soins aux payants.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me tracer, *à titre de membre du Sou médical*, la conduite à tenir *actuellement* vis-à-vis des *malades payants admis à l'hôpital*.

Le Syndicat de médecine de la Nièvre, dont je suis président, a pris, le 21 septembre 1901, la résolution suivante :

« *Les soins gratuits doivent, à l'hôpital, être exclu-* « *sivement réservés aux Indigents et aux Assistés.* « *Tout autre malade est, par principe, un malade* « *payant, et, à ce titre, doit des honoraires médicaux* « *ou chirurgicaux, aussi bien s'il a été admis à la charge* « *d'une personne interposée que s'il est entré à son pro-* « *pre compte.* »

D'autre part, la commission administrative de l'hôpital de Nevers, dont je suis chirurgien en chef, est exactement dans les mêmes idées, et, l'une des premières, a, depuis longtemps admis et décidé que *les soins médicaux et chirurgicaux ne devaient être gratuits que pour les indigents et les assistés visés par la loi de 1893.*

Nous pensions donc, au Syndicat, faire campagne dans le même sens que la réunion des chirurgiens de province d'octobre dernier, et obtenir *l'assimilation complète aux malades payants des blessés par accidents du travail* (qu'ils appartiennent aux usines, Cie de P.L.M., ou qu'ils soient à la charge des Cies d'assurances).

Mais la récente circulaire de la direction de l'Assistance nous fait un peu réfléchir : *Faut-il, dans ces conditions s'engager à fond contre les collectivités, faut-il au contraire présenter notre résolution sous forme de simple vœu plus ou moins énergiquement formulé ?*

Comme vous le dites très-bien dans le *Concours*, les personnes qui, de Paris, veulent régenter toute l'administration hospitalière de province, sont de pauvres théoriciens qui ne se rendent pas compte de la différence des besoins de Paris et des petits chefs-lieux de département : *A Paris, vos hôpitaux sont débordés de malades, et les maisons de santé pullulent : en province, au contraire, il y a toujours quelque place dans la salle d'hôpital, et on n'y voit pas de maison de santé* ; il est à se demander même si elles y vivraient partout. Il semble donc qu'il pourrait y avoir deux poids et deux mesures, puisque les situations ne sont pas identiques, et que les payants pourraient continuer à être admis à l'hôpital ici, en limitant du reste autant que possible ces admissions aux cas où cette mesure est nécessaire.

A cette lettre nous n'avons pu, après bien des recherches, faire d'autre réponse que la publication de la circulaire de M. le Dr Bousquet parue au n° 6 du Journal. Des démarches récentes au ministère du Commerce et à la Direction de l'assistance au Ministère de l'Intérieur, nous permettent d'affirmer que, dans ces milieux compétents (oh combien !), on n'a pas encore compris pourquoi et comment nous tenons tant à ne pas voir les Compagnies de spéculateurs exploiter l'assistance et les chirurgiens d'hôpitaux. On nous accuse à ce sujet des plus égoïstes calculs, du plus étroit esprit de protectionnisme ; pour un peu nous serions les exploiteurs. Ah ! elle est bien défendue, l'assistance, dans les milieux chargés de sa tutelle. C'est à se tordre ou à en pleurer suivant la dose de philosophie qu'on possède. « Voyez-vous ces médecins qui croient connaître les questions d'assistance ! » Telle est la formule qui fait le fond des raisonnements de tous ces théoriciens courbés sous le joug de la politique.

Mais est-ce une raison pour abdiquer ? Non, allons toujours de l'avant avec nos commissions hospitalières et nos juges de paix. Le gouvernement finira bien par suivre.... quand il aura compris.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

L'évolution nécessaire des Syndicats médicaux

Nous appelons toute l'attention des Syndicats sur le procès-verbal ci-dessous et sur les Statuts qui lui font suite.

Dans sa très intéressante communication à l'assemblée du Concours Médical, *M. le Dr Maurat avait, au nom du Conseil de Direction, montré l'évolution qui s'imposait aux Syndicats médicaux soucieux de vivre et de remplir vraiment leur tâche. Il avait signalé le Syndicat de l'Oise et le Syndicat de l'arrondissement de Versailles comme déjà entrés dans l'exécution, et promis de publier la nouvelle et rigoureuse charte, sous laquelle ces Sociétés ont résolu de vivre désormais, codifiant la solidarité réelle pour en bannir les hypocrites apparences.*

C'est cette promesse que nous tenons aujourd'hui.

Il sera effectué un tirage à part des statuts adoptés par nos confrères, et nous nous ferons un plaisir de les adresser aux Syndicats qui en auront sollicité l'envoi par une lettre aux Bureaux, 23, rue de Dunkerque.

Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles.

Assemblée générale du 31 octobre 1901.

La séance est ouverte à 4 heures du soir, à l'hôtel Terminus, sous la présidence de M. le Dr Jeanne, président.

La plupart des Membres du Syndicat assistaient à la séance.

Etaient seuls absents : MM. les docteurs Aschkinasi, de Carrières Saint-Denis ; Dinan, de Vigny ; Faraggi, de Houilles ; Nollet, de Bougival, *non excusés* ;

Debord, d'Orsay ; André, d'Orsay ; Rochefort, de Chatou ; *excusés* ;

Dupaigne de Louveciennes, et Licke, de Maisons-Laffite, *malades*.

Décès.

M. le Président annonce au Syndicat la triste nouvelle des deux décès de M. le docteur

Ferrey, d'Andrésy, un des membres fondateurs du Syndicat, qui s'était naguère retiré pour cause de maladie en offrant à la Société une cotisation annuelle de 50 francs, et que, dans un élan unanime, l'Assemblée avait nommé membre honoraire donateur, et de M. le docteur Puech, d'Argenteuil, un jeune et modeste praticien, venu à nous depuis peu, et qu'une affection aiguë a très rapidement enlevé à l'estime de tous ceux qui le connaissaient.

M. le docteur Jeanne représentait le Syndicat aux obsèques de M. le Dr Ferrey et M. le docteur de Grissac aux obsèques de M. le docteur Puech.

Le Syndicat prend à sa charge la moitié des frais d'achat de la couronne offerte à M. Ferrey, l'Association de Seine-et-Oise supporte l'autre moitié. Il se charge en outre de la totalité des frais d'achat de la couronne offerte à M. Puech.

Au nom du Syndicat, M. Jeanne a fait l'éloge de M. le Dr Ferrey, et M. de Grissac celui de M. le Dr Puech.

Les réunions de propagande.

M. le Président fait ensuite le compte rendu résumé de la réunion de Poissy, où syndiqués et non syndiqués de la région étaient venus échanger leurs idées. Le but de cette réunion était de ramener à nous les confrères dissidents de la région ; le résultat ne s'est pas fait attendre, puis qu'aujourd'hui deux de ces confrères demandent à entrer dans notre Syndicat, et que d'autres les suivront bientôt.

A cette réunion, M. le Dr Giberton et M. le Dr Pecker avaient posé la question suivante :

« Un syndiqué, après avoir cédé sa clientèle à un successeur, peut-il refuser d'aller en consultation avec un confrère honorable, concurrent de son successeur, et à titre évidemment aussi exceptionnel que possible ? »

Il avait été répondu « Non » à l'unanimité à cette question, et l'Assemblée générale de ce jour ratifie ce vote.

L'assistance maternelle à domicile.

M. le président annonce ensuite à l'assemblée les résultats obtenus par M. Pecker au Conseil général au sujet de l'assistance maternelle à domicile.

M. Pecker a obtenu pour honoraires d'accouchements 20 ou 25 fr. pour les médecins, sans ou avec déplacement, et 10 ou 15 fr. pour les sages-femmes.

M. le président fait remarquer que jusqu'à ce jour, il n'était rien prévu pour les accouchements dans le budget d'assistance. Il propose au Syndicat de voter de chaleureuses félicitations à M. Pecker. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président ajoute que nous devons une marque spéciale de reconnaissance au fondateur de l'association des Dames Mauloises, et propose un don de 50 fr. à cette association. (*Cette proposition est adoptée à l'unanimité*).

M. Pecker. — Mes chers confrères, je vous remercie bien sincèrement de votre vote. Mais je dois vous dire que M. Jeanne, notre cher président, m'a beaucoup aidé de ses conseils quand j'ai fondé l'association des Dames Mauloises ; par le *Concours médical*, par l'aide de notre Syndicat tout entier, il a singulièrement facilité ma tâche.

Aussi, le succès est dû un peu à vous tous, et beaucoup à M. Jeanne, qui doit partager avec moi vos félicitations.

Je profite de cette occasion pour adresser à nouveau tous mes plus sincères remerciements à MM. les docteurs Amodru et de Fourmestraux qui ont été mes plus fermes soutiens devant le Conseil général. (*Applaudissements.*)

Le Sanatorium pour tuberculeux.

M. le Président annonce ensuite que l'affaire du Sanatorium de Versailles est restée en suspens pour des causes variées, un peu politiques, et surtout pour avoir été combattue à la légère par des médecins membres des Conseils municipaux.

Le Comité d'études a eu de gros frais à supporter ; aujourd'hui il a des dettes. « Je vous propose donc, Messieurs, ajoute M. le Président, de maintenir votre vote de cent francs, pour aider le Comité à combler le déficit momentané. »

M. de Fourmestraux.— Nous avons dépensé, en frais d'études et de propagande, environ 7 à 800 francs ; un groupe d'ouvriers de Versailles nous avait offert une cotisation. Mais j'estime que, devant notre échec, nous ne pouvons pas faire appel à ces braves ouvriers. Il nous reste environ 300 fr. à payer. Si j'ai refusé l'argent des ouvriers, j'accepte volontiers votre souscription qui, jointe à quelques cotisations particulières non encore versées, nous permettra de couvrir la plus grosse partie du déficit. (*Adopté.*)

Les maires et l'exercice illégal des pharmaciens.

M. le Président.—Messieurs, à Houilles, un pharmacien ayant pris l'habitude d'exercer un peu trop ouvertement notre profession, M. le docteur Pluyaud eut l'heureuse idée de s'entretenir de ce sujet avec son maire, et il eut le bonheur d'obtenir de ce dernier une circulaire adressée aux pharmaciens de la ville, leur recommandant plus de circonspection, et leur rappelant qu'il leur est interdit de donner les consultations, de délivrer les médicaments sans ordonnance, et qu'il n'hésitera pas à l'avenir à signaler à l'autorité compétente toute nouvelle infraction aux règlements.

Je ne saurais trop vous recommander, Messieurs, d'avoir la même initiative chacun dans votre cercle d'action, et je vous propose de voter à M. Pluyaud de chaleureuses félicitations pour son heureuse intervention. (*Adopté à l'unanimité avec applaudissements.*)

Les services de la presse dans nos actes professionnels.

M. le Président fait savoir ensuite que quelques membres du Syndicat ont été singulièrement surpris de remarquer qu'à la quatrième page d'un journal régional, paraissait chaque semaine, depuis quelque temps, un avis au public l'informant du changement de résidence d'un de nos confrères syndiqués.

Après les loyales explications fournies au Syndicat par l'intéressé mis en cause et qui déclare n'avoir agi qu'en vertu de précédents qu'il signale et qui ont été constatés, M. le Président pose la question suivante :

« Devons-nous nous servir des journaux politiques à l'occasion de nos actes professionnels individuels quels qu'ils soient ? »

Il est répondu « Non » à l'unanimité. Et le Syndicat décide que désormais cette résolution fera loi et sera portée à la connaissance de tous les médecins dans la région où les précédents se sont produits.

Loi accidents.

Sur une observation de M. de Grissac, à propos d'une mésaventure arrivée à M. le docteur Surre avec un agent d'assurances-accidents, le Syndicat laisse aux groupes régionaux toute initiative de publicité ayant pour but de faire connaître aux ouvriers les nouveaux devoirs qui leur sont créés par la loi de 1898.

Admission.

Le Syndicat passe ensuite à l'admission des nouveaux membres.

M. le Dr Borieux, de Ville-d'Avray, candidat à la dernière assemblée générale, est admis à l'unanimité.

Candidatures.

Les nouvelles candidatures sont les suivantes :
M. le Dr Danos, de Poissy, présenté par MM. Jeanne et Rechner.

M. le Dr Breitmann, de Montesson, présenté par MM. Jeanne et Rochefort.

M. le Dr Violette, de Maule, présenté par MM. Pecker et Pluyaud.

M. le Dr Ambrosini, de Poissy, présenté par MM. Rousseau et Pannetier.

Conformément aux habitudes, il sera statué sur l'admission de ces candidats à la prochaine assemblée générale, qui aura lieu en avril 1902, et après qu'ils auront pris connaissance des nouveaux statuts, si ceux-ci sont adoptés.

RÉVISION DES STATUTS.

M. le Président. — Messieurs, nous arrivons maintenant à la partie la plus importante de notre tâche. A la séance du 10 janvier dernier, vous avez nommé une commission chargée de reviser nos statuts. Lorsque j'ai proposé le principe de cette révision, j'avais pour but de faire inscrire dans nos articles constitutionnels des pénalités suffisamment graves pour prévenir, en cas de besoin, certaines défaillances, certaines fautes déontologiques, certaines petites trahisons même, que nous ne devons pas, que nous ne pouvons pas tolérer au milieu de nous, si nous voulons rester unis et forts.

Certain litige soulevé entre quelques-uns de nous à Saint-Cloud, l'affaire de Bourgoin, dont vous avez pu lire et apprécier les résultats, nous ont tous définitivement décidés à agir dans ce sens.

Nous avons fait appel à toutes les lumières, à toutes les compétences : 1° les membres de la commission de la révision des statuts ; 2° d'autres confrères zélés qui sont venus s'adjoindre à nous pour travailler ; 3° le bureau du *Concours médical*, celui du *Sou médical* qui ont été consultés ; 4° enfin Me Gatineau et Me Simon qui nous ont singulièrement facilité notre tâche, et mis au point nos rédactions.

Munie de tous les documents nécessaires, la Commission s'est réunie une première fois, a discuté article par article, point par point, mot par mot, devrais-je dire, le premier projet de rédaction.

Ce projet modifié et amélioré va vous être soumis sur rapport de M. le Dr Poursain, d'Herbl[ay] qui, au cours de la discussion à laquelle no[us] allons nous livrer, renseignera l'assemblée, r[é]pondra aux questions et observations, et tr[a]duira dans tous les détails nécessaires la pens[ée] de la Commission dont il s'est inspiré.

La parole est à M. le Dr Poursain.

M. le Dr POURSAIN :

Mes chers Collègues,

Sans revenir sur les faits particuliers qui vo[us] ont déterminés à décider la révision de nos statut[s], je viens vous présenter l'ensemble des modific[a]tions que la commission a cru devoir y introduir[e] pour donner à ces conventions tout à la fois l'aut[o]rité légale nécessaire à leur application formelle, e[t] d'autre part, l'élasticité suffisante pour leur pe[r]mettre de s'exercer, sans perdre de leur force, dan[s] les différentes régions qui nous groupent et où les genres variés de clientèles, de collectivités, d'adm[i]nistrations, d'usages locaux, d'étendue, etc., etc., n[e] pouvaient s'accommoder, sans nuire aux intérêts d[e] certains groupes de confrères, de mesures unifor[-]mes et absolues.

Dans la crise que traverse le Corps médical, [et] devant les exigences croissantes des collectivité[s] dont le nombre s'augmente chaque jour, conform[é]ment à un grand phénomène dont l'avenir soci[al] n'est plus niable, notre devoir est de nous organi[-]ser plus étroitement encore et de neutraliser, pa[r] la force de notre propre association, l'exploitatio[n] dont nous sommes victimes en cette période de g[e]nèse d'un nouvel état économique qui tend à sub[s]tituer, aux débats des intérêts individuels, les lut[-]tes des intérêts collectifs.

La discipline syndicale, seule, peut nous restituer to[ut] ce que nous avons perdu jusqu'ici, par notre isolem[ent] individuel en face des Compagnies d'Assurance, des m[u]tualités et des différents pouvoirs administratifs. C'[est] cette discipline que nous tentons de fortifier par c[es] nouveaux statuts : c'est par l'accomplissement strict e[t] fidèle de nos obligations syndicales que nous réussiro[ns] à sauvegarder nos droits et à supprimer les abus do[nt] nous souffrons.

C'est en raison de ces motifs que nous avons cr[u] devoir ajouter aux sanctions primitivement établie[s] des pénalités plus élevées et faciliter davantage no[s] recherches judiciaires, en cas de manquement gra[-]ve à ces engagements professionnels. *Nous avo[ns] pensé de plus élever encore par ces modifications le n[i]veau moral du Syndicat, et estimé que tout confrè[re] soucieux de sa dignité professionnelle n'hésitera pa[s] dans des conditions mêmes sévères, à accepter des obl[i]gations auxquelles il sait ne devoir jamais manque[r] alors que, par contre, un confrère indélicat, s'il en exi[s]tait, ne se résoudra guère à prendre des engagemen[ts] qui l'exposent à des poursuites graves pour ses manœ[u]vres habituelles.*

Dans ces conditions, nous pensons faire du Syn[-]dicat médical de l'arrondissement de Versailles un[e] véritable *élite* qui puisse user sans hésitation n[i] timidité, non seulement de sa force collective, mais encore et surtout, de son influence morale indéni[a]ble aujourd'hui comme dans l'avenir. (*Applaudisse[-]ments.*)

Voici notre projet pour une constitution nouvelle.

(*M. le Dr Poursain donne lecture du texte, en comment[e] le sens et les termes, provoque les objections et y don[ne] réponse avec la plus consciencieuse préoccupation d[e] convaincre librement et de ne rien laisser dans l'ombre.*)

Après un échange général de vues d'abord, e[t] ensuite une discussion serrée, à laquelle ont pris part MM. les docteurs de Fourmestrau[x], Bourgeois, de Grissac, Lécuyer, Pluyaud, Berti[l]lon, Rousseau, Rechner, et la plupart des mem[-]bres présents, ainsi que le rapporteur et Me Si[-]mon, Conseil judiciaire, chacun des articles, r[é]digé ainsi qu'il va suivre, et ensuite l'ensemble d[e]

nouveaux statuts, ont été adoptés *à l'unanimité* des 50 membres présents, qui ont immédiatement apposé leur signature sur le nouveau registre des délibérations, en conformité de l'article IV.

Ont été adoptées, également à l'unanimité, les résolutions qui feront suite aux statuts et qui résument les diverses délibérations d'ordre général antérieurement prises par le syndicat, délibérations dont la violation entraînerait les pénalités édictées aux articles IX et XIV des statuts.

STATUTS.

Définition. — But.

Article I. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Des articles 1142 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué, entre les médecins qui auront adhéré par signature aux présents statuts, une Société syndicale dite : *Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles.*

Article II. — Son siège social actuel est à Versailles, au domicile de M. le Dr de Fourmestraux, 69, avenue de Saint-Cloud : il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

Article III. — Le Syndicat a pour objet :

A. — De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux, 2° avec les malades, 3° avec les collectivités diverses ;

B. — D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance, et de protection de la santé publique ;

C. — De poursuivre, par tous moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les assemblées générales de la Société ;

D. — D'assurer la défense des intérêts généraux des médecins de la région, sans porter atteinte à ceux des confrères des régions voisines ou de la famille médicale.

Admission.

Article IV. — Tout médecin muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France peut être admis dans le Syndicat à condition : 1° de se faire présenter par deux parrains choisis parmi ses confrères syndiqués de la même localité ou des localités les plus voisines ; 2° de déclarer, par écrit, qu'il a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du Syndicat sur les questions déjà étudiées par celui-ci, et qu'il les accepte ; 3° d'apposer sa signature sur un registre spécial.

Il sera statué sur sa demande par l'Assemblée générale qui suivra celle de la présentation de sa candidature et le procès-verbal de la séance sera signé par l'impétrant, par les membres du Bureau, ainsi que par les deux parrains.

Droits — Devoirs — Sanctions — Démission.

Article V. — A partir de ce moment, le Syndiqué entre en possession des droits prévus à l'article VI et contracte les obligations prévues à l'article VII. La démission seule peut le priver des uns et le décharger des autres, mais pour l'avenir seulement.

En cas de démission, la cotisation de l'année entière est due au Syndicat.

Article VI. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

Article VII. — Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de coalition politique ou religieuse établie en vue de la poursuite d'un intérêt professionnel, etc., etc...

3° Concours spontané au cosyndiqué menacé ou lésé.

Article VIII. — Pour certaines questions qui ne peuvent s'accommoder d'une formule d'application unique dans toute la zone du Syndicat, des propositions formulées après entente locale des confrères intéressés, seront soumises à l'Assemblée et ne pourront entrer en vigueur qu'après approbation de celle-ci.

Article IX. — 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettres recommandées, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas ou ne fait pas valoir d'excuse admissible.

2° Toute pénalité appliquée par défaut sera susceptible d'opposition devant l'Assemblée générale dans les trois mois de la signification, soit par ministère d'huissier, soit par lettre recommandée.

3° Ces pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 fr. à 1000 fr., l'exclusion qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le Syndiqué une action judiciaire en dommages et intérêts, dans le cas où l'amende ne suffirait pas à réparer le préjudice causé au Syndicat.

L'assemblée générale qui prononce les deux dernières pénalités, amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers des membres du Syndicat, et la pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

5° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui, sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le Syndicat ou son Bureau.

5° La démission ne dégage pas le Syndiqué des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

Administration. — Fonctionnement.

Article X. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire, d'un Trésorier et des Syndics dont le nombre correspond à celui des divisions régionales reconnues nécessaires, à raison d'un Syndic par région. Bureau et Syndics sont élus pour trois ans, au bulletin secret, par l'Assemblée générale, à la majorité relative des membres présents. Ils sont rééligibles.

Le Président, ou un membre du Bureau désigné par lui, représente le Syndicat devant les administrations, les collectivités et les tribunaux.

Dans toutes les circonstances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir aux votes de pénalités, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre confrères, le Bureau, les Syndics et les anciens Présidents se constitueront en Conseil de Famille, sur convocation d'office du président. Leur décision n'aura d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

En aucun cas, le vote par correspondance ou par procuration ne sera admis dans le fonctionnement du Syndicat.

Réunions.

Article XI.— Il y aura, chaque année, au moins deux réunions générales obligatoires. L'une d'elles sera suivie d'un banquet ; à l'autre auront lieu les élections et les versements des cotisations et amendes.

Article XII. — La cotisation annuelle est de 16 fr., entraînant le droit au banquet gratuit et au *Bulletin* contenant les comptes rendus des réunions.

Article XIII. — Tout adhérent qui, ne pouvant assister aux séances obligatoires, s'excusera ou se fera excuser ne sera tenu qu'à une amende de 1 fr. Cette amende sera de 5 fr. s'il n'a pas pris ces précautions.

Sont seuls dispensés d'amende, en dehors des cas légaux de force majeure, les cas de maladie ou d'accident graves du Sociétaire, de ses ascendants ou des membres de la famille dont il est le chef.

Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence à ces assemblées comporte une amende de 20 fr., sauf les cas de dispense prévus ci-dessus.

Article XIV.— Tout membre qui, après deux rappels recommandés du trésorier, n'aura pas payé ses cotisations ou amendes sera passible d'une nouvelle amende fixée à 20 fr. Dans tous les cas, cette amende ne pourra être appliquée qu'après convocation devant le Bureau. Si le syndiqué ne se présente pas, il tombe sous l'application de l'article IX, sans être pour cela délié d'aucune des obligations statutaires qu'il aura contractées, lesquelles ne cessent, pour l'avenir seulement, que par la démission formelle, comme il est dit à l'article V, ou par l'exclusion.

Article XV. — Le procès-verbal de chaque séance, ou au moins un extrait du compte rendu, pourra être adressé, dans un délai convenable, après chaque réunion :

1° Au *Concours Médical* et au *Bulletin des Syndicats médicaux ;*

2° Aux publications médicales qui soutiennent la cause des Syndicats ;

3° Aux administrations, collectivités ou particuliers qu'auront visés les délibérations. Il est donné à ces communications la forme que le Syndicat croira la plus utile à ses intérêts et à ceux du corps médical tout entier.

Fonds social.

Article XVI. — Le fonds social est constitué par :

Les dons volontaires ;

Les cotisations annuelles ;

Le produit des amendes ou des indemnités judiciaires et autres ;

Toutes ressources qui pourront être légalement acquises en observation de la législation sur les syndicats professionnels.

L'emploi en sera fait sous la forme qui paraîtra utile aux intérêts des syndiqués ou au corps médical tout entier, sans autre préoccupation que de se conformer aux prescriptions légales.

Article XVII. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera partagé entre ses membres actuels, au prorata de la durée de la participation de chacun ou employé à une œuvre désignée par la dernière assemblée générale.

Résolutions prises par le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles du 26 mai 1887 au 31 octobre 1901 et qui font loi comme les Statuts.

1° Assurés, mutualistes, indigents, étant libres de choisir leur médecin, il n'est pas digne de nous et il est contraire à notre pacte syndical d'accepter dans la région le monopole exclusif de ces clients, et surtout de les rechercher en les détournant des confrères.

2° Toute fonction de médecine publique ne sera acceptée à l'avenir, à l'exclusion des confrères, que si on l'a acquise par voie de concours ou par élection des confrères intéressés, ou avec leur assentiment.

3° Tout abaissement systématique des prix adoptés dans les ententes régionales est un manquement punissable à nos engagements syndicaux.

4° Il en est de même de tout détournement plus ou moins habilement déguisé des malades de nos confrères.

5° Il est considéré comme un manquement à la règle syndicale de nous servir de la publicité dans les journaux politiques à l'occasion de nos actes professionnels individuels, quels qu'ils soient.

L'assemblée décide, avant de lever la séance : 1° que procès-verbal et statuts nouveaux seront adressés par le bureau à tous les médecins de l'arrondissement, avec une lettre commentant les motifs de l'acte qui vient d'être accompli, et les invitant, de la façon la plus pressante, à s'inscrire sur le registre du Syndicat ;

2° Que les statuts entreront en vigueur à l'assemblée d'avril 1902, date du renouvellement du Bureau.

Banquet

A 7 heures du soir, 28 membres se retrouvent au restaurant Marguery, autour d'une table où

la plus franche cordialité n'a cessé de régner, Me Gatineau, Conseiller judiciaire du *Sou médical* et collaborateur des membres de la Commission de la révision des statuts, assistait au banquet, où tout le monde a regretté l'absence bien involontaire de Me Simon, de MM. Le Menant des Chesnais, vice-président, et Calbet, trésorier.

Au dessert, Me Gatineau, répondant au toast de M. le Président, a bu à la solidarité médicale agissante, en des termes qui lui ont valu les chaleureux applaudissements de toute l'assemblée.

Bref, excellente séance qui fera époque, et charmante soirée.

Le Secrétaire,
Dr Mignon.

P. S. Le procès-verbal ci-dessus et les statuts nouveaux ont été envoyés aux médecins de l'arrondissement avec une circulaire dont voici la teneur :

Aux médecins de l'arrondissement de Versailles.

Chers confrères,

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles porte aujourd'hui fièrement dans notre région le drapeau de la solidarité et de la dignité professionnelles. Quinze ans de services rendus ont affirmé son utilité, garanti sa durée et développé sa bienfaisante action. Ces résultats ne sont plus discutés par personne, et on s'honore d'être dans nos rangs.

Mais noblesse oblige. Nous voulons fermement atteindre le but que se sont proposé les fondateurs : c'est à dire grouper, pour l'effort commun, *tous les confrères honorables*, de telle façon 1° qu'ils soient *tous* et *toujours* puissamment soutenus, 2° qu'on ne nous oppose plus comme une menace l'abstention ou l'isolement de tel ou tel estimable praticien, 3° qu'il n'y ait plus, en un mot, hors de notre phalange, que des braconniers, des pêcheurs en eau trouble, des commerçants dévoyés dans la profession médicale, et incurables en des habitudes qui ne sauraient prétendre à trouver grâce devant notre caractère.

Or, une objection sérieuse et légitime a été faite à votre Bureau, quand il a tenté ce suprême effort près des derniers dissidents.

« Tant que vos statuts, nous disait chacun d'eux, seront aussi élastiques, aussi peu pourvus de sanctions, je ne serai pas des vôtres, quoique j'approuve votre campagne. Et pourquoi ? Parce que je ne veux pas, moi, scrupuleux observateur de la parole donnée, de l'engagement librement consenti, me trouver lié vis-à-vis de concurrents qui pourraient, *sans risques notables*, s'affranchir des obligations contractées à mon égard, et me frapper dans le dos sans que ma conscience me permette de leur répondre. Donnez-moi la sécurité, ou bien je reste chez moi. Je ne veux pas être exposé à des trahisons impunies ».

Ce langage, dans la bouche des très honorables confrères qui le tenaient, et cette défiance, fort naturelle pour des gens d'honneur, ont impressionné vivement le Syndicat. Il a été *unanime* à déclarer qu'il y fallait donner complète satisfaction, et il l'a fait, en adoptant, à l'assemblée générale d'octobre, toujours à *l'unanimité* des 50 membres présents, les statuts ci-joints dont le caractère rigoureux a été voulu et précisé par une étude de plusieurs mois.

Les conséquences de cet acte réfléchi ont été nettement prévues. C'est la porte ouverte à deux battants pour tous les confrères qui, sûrs d'eux-mêmes, entreront là avec des gens de même caractère : mais c'est aussi la porte ouverte, largement, pour la sortie de tout médecin qui se serait fourvoyé dans la maison sans abdiquer des habitudes qui n'y sont pas admises.

Il nous semble que ces derniers seront bien rares, parce qu'ils préféreront consolider une foi chancelante en la traduisant par des actes, à la nécessité de se faire justice devant des collègues qui ne soupçonnaient pas le trouble de leur état d'âme. Et de même, il apparaît bien que l'admission dans le Syndicat devenant, désormais, *un indiscutable brevet d'honorabilité, délivré par les pairs*, tous ceux qui s'en savent dignes viendront le rechercher, certains d'être reçus à bras ouverts, comme des gens qu'on attendait depuis longtemps, et pour l'arrivée desquels on a reconstruit la maison de fond en comble.

Ne deviendraient-ils pas suspects, d'ailleurs, si dans ces conditions, ils manquaient au rendez-vous qui sera donné à tous les médecins de l'arrondissement pour l'Assemblée générale d'avril, et dans laquelle le registre d'honneur sera ouvert à toutes les signatures prévues par l'article 4 des nouveaux statuts ?

Nous nous promettons une belle journée, récompense de quinze ans de lutte pour la bonne cause.

Y aura-t-il encore des abstentions plus ou moins diplomatiques ? Nous ne nous résignons pas à le croire.

Bien cordialement à vous.

Les membres du Bureau :

Dr Jeanne (Meulan) *président*.
Dr Le Menant des Chesnays, 32, rue Jouffroy, Paris, *vice-président*.
Dr Calbet (Chatou) *Trésorier*.
Dr Mignon (Les Mureaux) *Secrétaire*.

REPORTAGE MÉDICAL

La proposition Bataille pour le recouvrement des honoraires médicaux en justice. — Le Sénat, dans sa séance du 20 février, a voté, sur rapport de M. Garreau au nom de la Commission, la prise en considération de la proposition de loi de M. Bataille, tendant à substituer la fixation par voie de taxe à la procédure actuellement suivie, pour le recouvrement en justice des sommes dues aux médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes, pour actes de leur profession.

Il n'y a pas eu de discussion.

Les étudiants en médecine et pharmacie. — Un groupe d'étudiants avait convoqué, hier soir, leurs camarades de médecine et de pharmacie à un meeting dans la salle des Sociétés savantes, rue Danton.

Plus de deux mille jeunes gens avaient répondu à l'appel, et les étudiants ont exposé leurs revendications au sujet de l'ajournement à trois mois, six mois et neuf mois que leur fait subir le décret du 24 juillet 1899.

L'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité :

Les étudiants en médecine et en pharmacie, réunis au nombre de 2,000, considérant que la loi du 15 juillet 1899 renvoie au régiment l'étudiant qui n'a pas obtenu, à l'âge de vingt-sept ans, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ; qu'il est difficile à un étudiant ayant commencé les

études secondaires ou supérieures un peu tardivement d'obtenir ces diplômes dans ces limites ; que les échecs n'ont pas toujours pour cause la non assiduité aux cours, travaux et cliniques ; qu'en conséquence, un étudiant âgé peut tomber sous le coup de la loi sans avoir été pour cela un mauvais élève ; que les décrets du 24 juillet 1899 aggravent encore cette situation ; qu'on ne peut rationnellement imposer à un étudiant un régime autre que celui sous lequel il commence ses études ; que ce système d'ajournement progressif n'est point en corrélation avec l'incapacité des candidats ; expriment respectueusement aux autorités universitaires le vœu de voir abroger le décret relatif à l'ajournement progressif de trois, six, neuf mois.

La commission de la dépopulation. — On sait qu'après les efforts au Sénat de MM. Bernard et Piot, il a été constitué une grande commission extra-parlementaire chargée d'envisager toutes les faces de la question.

Celle-ci s'est déjà réunie et a commencé l'organisation de ses travaux. Dans la section qui doit envisager l'influence de la mortalité, et que préside le professeur Lannelongue, ont été désignés comme rapporteurs :

Pour la puériculture, depuis la conception jusqu'à la naissance : le professeur Pinard.

Pour la mortalité des enfants de 0 à un an : le professeur Budin.

Pour la mortalité des enfants d'un à quatorze ans : le docteur Variot.

Pour la mortalité des adultes : le docteur A.-J. Martin.

Pour la mortalité professionnelle dans les milieux collectifs : le professeur Landouzy.

Pour la mortalité dans l'armée métropolitaine, l'armée de mer et l'armée coloniale : le professeur Labbé.

Pour l'étude comparée des lois de protection de la santé publique en France et à l'étranger : le docteur Borne, député.

Pour la mortalité dans ses relations avec la natalité : le docteur Bertillon.

Tarif des oculistes de Rouen pour les accidents de travail

I. — *Visites ou consultations.* — 1° Première visite dans les cas ordinaires, comprenant un examen, une ordonnance et les deux certificats d'usage pour la mairie et pour l'assurance, 10 fr. ; 2° Lorsqu'il faut employer un instrument, tel que dans le cas d'extraction de corps étrangers simples de la cornée ou de la conjonctive, 15 fr. ; 3° Les visites consécutives, chaque, 5 fr.

II. — *Examen et Rapport spécial.* — 1° Pour un malade en traitement, 10 fr. ; 2° Pour un malade que l'on n'a pas soigné, de 20 à 40 fr.

III. — *Opérations.* — 1° Plaie simple des paupières avec sutures, 20 fr. ; 2° Restauration immédiate des paupières, de 20 à 60 fr. ; 3° Section d'un point lacrymal, 20 fr. ; 4° Sutures de la cornée ou de la sclérotique, 30 fr. ; 5° Discision, capsulotomie, paracentèse, 50 fr. ; 6° Iridectomie, 100 fr. ; 7° Extraction d'une cataracte, 200 fr. ; 8° Enucléation d'un œil, 250 fr.

Rouen, le 21 janvier 1902.

Nota. — Ce tarif est uniformément applicable désormais, sauf en ce qui concerne les traités antérieurs que les intéressés s'engagent à cesser au 1er octobre 1902. Lainey, Rocher, Degrenne, Buisson, P. Petit.

Nouvelles de la Faculté et des Hôpitaux

Les bureaux d'inscription pour le 1er examen de doctorat seront ouverts le 28 février, ainsi que les 1er, 3 et 4 mars.

Les exercices règlementaires de médecine opératoire, sous la direction de M. le Prof. Berger et de M. Hartmann, agrégé, commenceront le 3 mars à 1 h. 1/4 dans le pavillon n° 6 de l'école pratique. M. le docteur Ombrédame, prosecteur, assisté de 6 aides d'anatomie fera les démonstrations.

Le 11 avril, commenceront à l'amphithéâtre de dissection des hôpitaux (17 rue du Fer-à-Moulin) des travaux de médecine opératoire sous la direction de M. Quénu.

On pourra s'inscrire pour ces travaux jusqu'au 11 mars inclusivement.

Concours d'Internat. — Séances du 7 février *Anatomie* : MM. Béal, 7 ; Delapehier 3 ; Pruinier, 4 ; Dremard (René), 6 ; Lemaire (J.), 5 ; Francoz. 4 ; Jarory, 8 ; Roland, 9 ; Cauchoix, 10. Absents : MM. Muller, Braunberger. *Pathologie* : MM. Cléret. 6 ; Le Play, 11 ; Chaix, 7 ; Levy, (F.), 11 ; Bussy, 8 ; Rodocanachi, 8 ; Leroux, 4 ; Ollier, 6 ; Tassin, 9, ; Boudreaux 9. Absents : MM. Amblard, Villandre. Séance du 8 février. *Anatomie* : MM. Brésard, 6 ; Muller, 5 ; Mougeot, 6 ; Lebar, 11 ; Dobrenovitch, 9 ; Ambrossi, 4 ; Vermeil, 3 ; Bourguignon, 9 ; Lœderich, 9. Absents : MM. Ferté, Roux, Justin. — Séance du 10 février. *Anatomie* : MM. Verliac, 8 ; Burgaud (V.), 7 : Villaret, 10 ; Jeannel, 6 ; Chevalier, 4 ; Léenhardt, 7 ; Hébert, 7 ; Mlle Maugeret, 6. Absents : MM. Gillet (R.), Rijoulet, Roussel (R.), Vincent (J.). — Séance du 13 février. *Pathologie* : MM. Vaubourdolle, 7 ; Claret, 7 ; Mignon, 4 ; Marsan, 6 ; Papin, 10 ; Claude, 12 ; Lemaître (J.), 9 ; Alquier 12 ; Blairon, 8. Absents : MM. Duc, Dodou, Maillard, Barré.

Concours des Hopitaux. — *Médecine* : Le Jury du concours est ainsi fixé : MM. Cornil, Gouraud, Huchard, Klippel, Landouzy, Landrieux, Marfan, Petit, Renault, Robin, Roques, Schwartz.

Médecine opératoire spéciale, — M. Guibé, prosecteur, ouvrira le 12 mars, à 1 h. 1/4 (Ecole pratique), un cours sur la chirurgie du tube digestif et de ses annexes.

Concours d'Internat. Séances du 14 Février. *Anatomie* ; MM. Reulos (M) 5 ; Rabier 5 ; Rigoulet 7 ; Dehérain 9 ; Guillaume (L.) 12 ; Gratiot 6 ; Camus (M) 10 ; Daversin 7 ; Absent : M. Schæfer. — *Pathologie* : MM. Lafosse 8 ; Rendu 10 ; Raymond 9 ; Jamet 7 ; Barbe 3 ; Bour 8 ; Dupuy (P) 5 ; Reulos (A) 5 ; Violle 7 ; Klein (R) 9 ; Absents : MM. Brunschwig, Deniker, Brou, Deunecé. — Séance du 15 février. *Anatomie* : MM. Bouchez 9 ; Sourdelle 8 ; Pillet 8 ; Trémolières 11 ; Roussy 9 ; Mettey 5 ; Caldaguès 9 ; Giroux 7 ; Vanbourdolle 4 ; Absents : MM. Demarque, Jouvin ; Ortel. — Séance du 17 Février. *Pathologie* : MM. Rousseau 10 ; Magitot 8 ; Nicolas 6 ; Dellile 7 ; Baudoin (E) 9 ; Gaudemet 9 ; Ferry 9 ; Ribot 9 ; Leremboure 10. — Séance du 18 février *Anatomie* : MM. Opert 10 ; Chastagnol 8 ; Ripart 6 ; Sénéchal 8 ; Bloch 7 ; Tixier (L) 7 ; Morel 8 ; Corlieu 5 ; Küss 6 ; Absents : MM. Gruget, Tausard, Camette. — Séance du 19 février. *Pathologie* : MM. Jacquemin 11 ; Gros Devaud 7 ; Nivet 8 ; Genévrier 9 ; Deshayes 8 ; Labouré 9 ; Boisseau 11 ; Stettiner 4 ; André 6 ; Thain 10 ; Absents : MM. Roblin, Royer, Lemaire (L), Lagleize. — Séance du 20 février. *Anatomie* : MM. Mahoudeau 7 ; Villebrun 5 ; Le Sourd 9 ; Béclard 7 ; Ceisseire 7 ; Besnier 3 ; Baldemweck 7 ; Vidal 4 ; Bréchot 10.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4797. — M. le docteur Amillet, de Loisy-sur-Marne (Marne)), secrétaire de l'Association des médecins de l'arrondissement de Vitry-le-François.

N° 4798. — M. le docteur Courtillier, de Paris, présenté par M. le docteur Bazot, de Joigny.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Descoings, de Morlaix ; et Guyader, de Brest, membres « du Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. | N° 10 | 8 MARS 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Notre *Caisse des Pensions de retraites* tient son assemblée générale, aux premiers jours d'avril, à l'époque de l'Assemblée générale ordinaire de l'Association des médecins de France : on assiste aux deux réunions le même dimanche.

Le Conseil d'administration a résolu, l'année dernière, de publier désormais à l'avance les tableaux résumant les opérations de l'exercice, afin de permettre aux sociétaires, d'étudier, avant la réunion, les points qui les intéresseraient particulièrement. Il souhaite vivement que les confrères apportent plus d'attention et une part de collaboration plus active dans la gestion et le développement d'une œuvre qui a pris tant d'importance, rendu tant de services, et réuni un capital qui s'approche du *million*.

Le dévouement du secrétaire général et celui du trésorier sont inlassables, c'est entendu. N'empêche que les deux zélés confrères, qui portent à eux seuls presque tout le fardeau, mériteraient vraiment qu'une propagande plus active vînt au secours de leurs efforts, et qu'un peu de cette popularité qui s'attache au *Sou médical* et à l'*Amicale-maladie* fît songer aussi à la bienfaisante prévoyance qui couvre les vieux jours du praticien.

Allons, chers amis, avant le 1er avril, envoyez donc une pluie d'adhésions à M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Georges, Paris, et un déluge de cotisations à M. le Dr Verdalle, 2, boulevard d'Alsace, Cannes.

Les temps seront durs pour le médecin, d'ici quelques lustres. Ceux qui ont encore aujourd'hui ce qu'on peut appeler une clientèle et un petit roulement de fonds, seront bien avisés en assurant leurs dernières années et celles de leurs compagnes. M. Delefosse leur dira, avec son ordinaire bonne grâce, comment toutes les combinaisons possibles ont été mises à cet effet à la disposition des gros et des petits budgets médicaux. Ecrivez-lui : « Je voudrais être des vôtres », et dans un mois, nous prononcerons des admissions de plus, car notre ami aura trouvé moyen de vous donner satisfaction.

Le Conseil de Direction.

Bilan au 31 décembre 1901.

NOM DES COMPTES	Actif Comptes débiteurs.	Passif. Comptes créanciers.
Caisse ... F.	4.035 62	
Obligations Communales 1879	8.066 70	
Obligations du Chemin de fer du Midi ...	135.396 12	
Rente française 3 % amortis.	139.732 50	
Obligations Foncières 1883...	45.500 »	
Obligations Comm. 1886-1892.	23.075 »	
Obligations du Chemin de fer d'Orléans ...	46.262 55	
Obligations Foncières 1879..	9.383 05	
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne)	46.091 60	

Obligations Ville de Paris 1896	18.307 27	
Obligations du Chemin de fer de l'Est (nouvelles)	22.850 »	
Rente française 3 %	60.000 »	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1881	31.405 10	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1880	265.820 10	
Capital		855.925 61
	855.925 61	855.925 61

Certifié le bilan ci-dessus conforme aux écritures du journal et du grand livre, arrêtés à l'actif et au passif à la somme de *huit cent cinquante-cinq mille neuf cent vingt-cinq francs soixante-et-un centimes.*

855.925 fr. 61 *Le Trésorier*, Dr H. VERDALLE.

Capital inaliénable.

Compte créditeur au 1er janvier 1901 ..... F. 555.879 62

Le capital inaliénable a reçu le 31 décembre 1901 l'excédent disponible des recettes ordinaires de 1901, lequel se trouve exceptionnellement grossi des deux soldes de caisse qui ont dû lui être reversés de par la nouvelle loi, savoir :

Solde de la caisse auxiliaire	2.908 22	
Solde de la caisse de réserve	249.765 89	
	252.674 11	
Excédent disponible ordinaire	47.371 88	
Total de l'excédent		300.045 99

Le capital inaliénable est donc créditeur au 31 décembre 1901 de 855.925 61

Soit le passif de la caisse des pensions de retraite 855.925.61

L'actif est représenté :

1° Par la valeur du portefeuille, au 31 décembre 1901, prise au cours de la Bourse de Paris à cette date	851.889 99
2° Les espèces en caisse au 31 décembre 1901	4.035 62
ÉGAL ..... F.	855.925 61

Rappel du chiffre des cotisations.

Cotisations encaissées du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1900	737.174 26	
Cotisations encaissées en 1901	55.816 10	
		792.990 36

Rappel du chiffre des retraites payées.

En 1894	5.243		
En 1895	11.658 50		
En 1896	14.318.90		
En 1897	15.395 90		
En 1898	15.996		
En 1899	20.521		
En 1900	20.516		
		103.649 30	
Retraites payées en 1901		28.721	
			132.370 30

Tableau des Retraites.

MM.		MM.	
A	600	*Report*	13.60450
Ba	1.200	He	1.200
Ba	1.200	He	836
Be	1.200	Ja	2.400
Be	1.200	Li	1.246
Br et Madame	1.200	Le et Madame	1.200
Bo	244	Le	600
Co	2.400	Lu	325
Ca Madame	1.200	Le	2.400
Ce	195	Mi	1.200
De	558	Ma	600
Da	483	Mo	1.200
Ga	1.200	Me	1.200
Ga	46450	P	600
Ge	260	R	10950
A reporter	13.60450		28.721

Profits et pertes.

A frais généraux pour balance		3.523.85
A Divers, pour moins-values sur les valeurs en portefeuille, soit la différence des cours de la Bourse de Paris au 31 décembre 1901 et au 30 décembre 1900		3.235.25
Total du débit		6.759.10
Excédent disponible des recettes versé au capital		300.045.99
se décomposant ainsi,		
par solde de la Caisse auxiliaire	2.908.22	
par solde de la Caisse de réserve	249.765.89	
Excédent ordinaire	47.371.88	
Egal	300.045.99	
Total		306.805.09
Par divers. Coupons et intérêts encaissés en 1901		23.071.58
Par divers. Pour plus value sur les valeurs du portefeuille		3.964.30
Par caisse auxiliaire : Son solde au 31 décembre 1900		2.908.22
Par caisse de réserve : Son solde au 31 décembre 1900		249.715.89
Par caisse des pensions. Pour la partie disponible des recettes à ce compte au 31 décembre 1901		27.095.10
Egal		306.805.09

Portefeuille.

17 obligations communales 1879.

8 obligations.	Certificat	87.349	récépissé 457.197 (Créd. Lyonnais.)
2 »	»	73.629	
2 »	»	73.630	récépissé 397.437 (Créd. Lyonnais.)
5 »	»	80.841	

17 obligations.

219 obligations anciennes du Chemin de fer du Midi.

100 obligations.	Certificat	161.794	récépissé 397.97? (Créd. Lyonnais.)
40 »	»	165.175	
29 »	»	120.629	récépissé 397.92? (Créd. Lyonnais.)
20 »	»	135.937	
30 »	»	142.668	

219 obligations.

4170 fr. de rente française 3 % amortissable.

1320 francs.	Certificat 11.123	récépissé 134.47? (Créd. Lyonnais.)
2850 francs.	Reçu pour remboursement de 30 f.	n° 322.380 (Créd. Lyonnais.)

4170 francs de rente

50 obligations communales 1892.

1 titre de 50 obligations	Certificat 4613	récépissé 307.46? (Créd. Lyonnais.)

99 obligations du chemin de fer d'Orléans, anciennes.

17 obligations.	Certificat	236.153	
4 »	»	237.276	récépissé 401.254
28 »	»	241 336	(*Créd. Lyonnais.*)
50 »	»	285.554	

99 obligations.

20 obligations foncières 1879.

Un reçu de 20 obligations pour remboursement d'une — n° 350.337 (*Créd. Lyonnais.*)

102 obligations du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée, fusion ancienne.

25 obligations.	Certificat	252.784	
25 »	»	267.998	récépissé 39.739
40 »	»	273.130	(*Créd. Lyonnais.*)
12 »	»	331.698	

102 obligations.

1800 fr. de rente française 3 %.

1200 fr.	Certificat	383.332	récépissé 134.390
600 fr.	»	153.811	(*Créd. Lyonnais.*)

1800 fr. de rente.

50 obligations du Chemin de fer de l'Est, nouvelles.

Certificat 85.113 récépissé 397.923 (*Créd. Lyonnais.*)

80 obligations du Chemin de fer du Midi, nouvelles.

21 obligations.	Certificat	9.707	
19 »	»	15.911	récépissé 397.922
30 »	»	16.711	(*Créd. Lyonnais.*)
10 »	»	16.979	

80 obligations.

49 obligations de la ville de Paris 1894-1896.

20 obligations.	Certificat	8.323	
20 »	»	1.052	récépissé 397.679 (*Créd. Lyonnais.*)
9 »	»	8.324	

49 obligations.

70 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1881.

50 obligations.	Certificat	6.556	récépissé 396.552
20 »	»	8.059	» 542.259
			(*Créd. Lyonnais.*)

478 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1880.

50 obligations.	Certificat	4.758		
10 »	»	4.798	récépissé	396.537
10 »	»	4.799		
20 »	»	4.957		
20 »	»	4.973	»	396.538
20 »	»	4.994		
20 »	»	5.138	»	381.675
20 »	»	5.158	»	387.104
10 »	»	5.203	»	394.794
10 »	»	5.209	»	399.028
10 »	»	5.303	»	417.190
20 »	»	5.304	»	448.916
10 »	»	5.470	»	454.734
20 »	»	5.517	»	456.364
20 »	»	5.760	»	526.242
10 » (8)	»	5.778	»	531.795
» (2)	»	5.787		
10 »	»	5.940	»	574.793
10 »	»	5.985	»	587.254
10 »	»	6.266	»	596.361
			(*Crédit Lyonnais.*)	
30 »			»	8.939
40 »			»	8.972
20 »			»	9.216
10 obligations	Certificat	5.771	»	20.802
20 »	»	5.842	»	20.876
10 »	»	5.952	»	17.823
20 »	»	5.981	»	17.897
10 »	»	6.049	»	25.149
8	(*Bulletin d'achat du Comptoir d'Escompte.*)			

478 obligations.

Note. — Sont soumis à l'amortissement les titres suivants :
30 fr. de rente 3 % amortissable ;
1 obligation foncière 1879 ;
1 obligation Banque hypothécaire 1880.
Ont été amortis dans le courant de l'exercice 1901 les titres suivants :
300 fr. de rente 3 % amortissable ;
1 obligation Orléans ;
1 obligation Ville de Paris.

Le Trésorier : Dr H. Verdalle.

LA SEMAINE MÉDICALE

La pyléphlébite suppurée typhoïde.

M. le Dr *Maurice Renou*, de Gemozac, (Charente Inférieure), a consacré sa thèse à l'étude d'une complication rare de la dothiénentérie, la pyléphlébite suppurée.

Au point de vue pathogénique, M. Renou dit que les examens bactériologiques ne permettent pas de formuler une opinion nette et que l'on a constaté la présence du bacille d'Eberth, du coli-bacille et du streptocoque.

Les germes infectieux peuvent pénétrer dans la veine :

a. Directement au niveau de l'ulcération intestinale.

b. Indirectement par l'intermédiaire ;
 A. D'une appendicite paratyphoïde ;
 B. D'une suppuration juxta-intestinale.

La pyléphlébite suppurée aboutit à la formation d'abcès multiples du foie, ce qui est en rapport avec la multiplicité de division des branches portes intra-hépatiques.

Pour faire le diagnostic de pyléphlébite suppurée, il faut se baser sur l'apparition vers le troisième ou le quatrième septénaire, alors que le malade semble entrer en convalescence, d'un frisson intense avec accélération du pouls et élévation considérable de la température, 40°-41°, qui prend, dans la suite, une marche irrégulière, franchement intermittente. Tous ces signes s'accompagnent d'une douleur abdominale, localisée à l'épigastre ou à l'hypocondre droit et extrêmement vive.

On note en même temps une augmentation du volume du foie.

Le pronostic est très grave, puisque sur les 10 observations publiées, 10 fois la mort a été la terminaison de la pyléphlébite suppurée. Cependant, dans de certaines conditions bien déterminées, on pourrait intervenir favorablement.

Le traitement est surtout palliatif et symptomatique. Il consiste à donner au malade une médication tonique et reconstituante et il doit s'adresser aux différents symptômes (douleur, fièvre, diarrhée).

Dans certains cas, la pyléphlébite suppurée ayant été consécutive à une appendicite paratyphoïde, on pourrait peut-être assimiler ces infections hépatiques typhiques à celles d'origine ap-

pendiculaire et suivre les conseils que donne le professeur Dieulafoy : « L'infection hépatique est toujours mortelle, le seul traitement est le traitement prophylactique, celui qui consiste à pratiquer l'opération de l'appendicite dès les premiers jours, sans laisser à cette terrible complication hépatique le temps de se produire. »

Il resterait à résoudre la question de l'opportunité de l'opération qui doit être subordonnée à chaque cas particulier et qui, dans l'espèce, est capitale, les opérations chez les typhiques étant toujours très graves.

Formes emphysémateuses de la tuberculose pulmonaire.

D'après la thèse de M. le Dr Paul-Edouard *Martin*, l'emphysème généralisé et la tuberculose à marche chronique du poumon coexistent fréquemment ; le prétendu antagonisme entre ces deux affections n'existe pas.

C'est généralement la tuberculose qui débute, les signes d'emphysème ne sont observés que plus tard. D'ailleurs, l'emphysème et la tuberculose existant dans un même poumon ne constituent pas une simple association de deux affections différentes dans leur nature. Comme M. le professeur Landouzy l'a affirmé, comme M. le Dr Mosny le pense, l'emphysème pulmonaire est le plus souvent une manifestation atténuée de la tuberculose.

Cette tuberculose à forme emphysémateuse ne mérite pas le nom de phtisie, consomption. Elle a une évolution fort lente, sans phénomènes généraux graves. Elle est remarquable par la conservation du bon état général.

Dans cette forme de tuberculose, le pronostic est moins grave que pour les tuberculeux proprement dits. Les tuberculeux emphysémateux ne succombent pas à leur tuberculose, ils meurent asystoliques, par retentissement des lésions pulmonaires sur le cœur droit.

Cette question de la nature de l'emphysème ne comporte pas seulement un intérêt théorique et spéculatif ; elle présente aussi un intérêt pratique de premier ordre.

Un emphysémateux d'origine tuberculeuse tousse et crache. Or, ces crachats, quoique peu abondants le plus souvent, contiennent des bacilles de Koch. L'inoculation faite à des cobayes a été positive. Il est donc bacillifère, et il est contagieux, comme l'est tout tuberculeux.

Bon nombre d'emphysémateux, considérés et traités comme de simples emphysémateux, sont en réalité des tuberculeux, car parfois les signes de l'emphysème masquent la tuberculose. On voit l'importance qu'il y a à établir ce diagnostic pathogénique au point de vue prophylactique.

Fractures du calcanéum par écrasement.

Les fractures du calcanéum par écrasement sont plus fréquentes que celles par arrachement, dit M. le Dr *Abel Gauthier*, de Vitteaux (Côte-d'Or), dans sa thèse inaugurale. Les causes de ces fractures sont les suivantes : chutes d'un lieu élevé, choc d'un corps lourd ou d'un projectile de guerre, tout traumatisme produisant un tassement en général.

C'est enfin encore dans les fractures par écrasement qu'il nous faut placer la fracture par pression latérale de dehors en dedans ou réciproquement.

Les lésions sont : 1° l'éclatement de la petite apophyse ; 2° l'écrasement de la grande apophyse avec fêlures de la grande facette articulaire ; 3° le broiement total de l'os.

Les symptômes de ces lésions sont les mêmes que dans toutes les fractures :

Parmi les commémoratifs, nous devons signaler la chute sur les talons et le craquement entendu quelquefois par le blessé.

La douleur est vive dans tout le talon ; elle est exaspérée aux points où l'action a été la plus forte et met le malade dans l'impossibilité de se tenir en équilibre sur le membre blessé. Elle ne l'empêche d'ailleurs pas de marcher en boitant et beaucoup de malades viennent trouver le médecin à pied.

A la pression, la douleur est exagérée et persiste même après que les douleurs primitives ont disparu. Elle s'irradie dans les malléoles et le mollet, longtemps encore après l'accident, constituant une véritable gêne, ayant duré neuf mois dans un cas de Ballenghien.

La crépitation est peu sensible, s'il ne s'agit que d'une simple fêlure ; quant à la mobilité anormale, elle est rarement observée.

La tuméfaction est considérable ; le talon est globuleux et dépressible ; l'enflure gagne également les régions plantaire et dorsale du pied, ainsi que la racine du mollet.

L'ecchymose paraît au bout de deux jours environ ; elle reste limitée au-dessous des malléoles, et paraît en général tardivement (Rieffel).

Pour bien se rendre compte des déformations, il faut placer le malade à genoux sur une chaise ; nous constaterons alors l'aspect sphéroïdal du talon, l'effacement de la voûte plantaire, l'élargissement du talon sensible au compas d'épaisseur. Le tendon d'Achille est relâché.

Le pied est le plus souvent déjeté en dehors ; le pied dévié en varus de Tillaux est exceptionnel. La parésie des muscles fléchisseurs, dont l'insertion est intéressée, amène la demi-flexion des orteils. La palpation permet parfois de sentir les esquilles ; le raccourcissement ou l'allongement du talon sont des signes peu constants. Dans les fractures par traumatismes latéraux les signes précédents font défaut : le talon est aplati bilatéralement et l'on remarque de nombreuses écorchures ou plaies sur les téguments. Au point de vue du diagnostic, il faut penser à une fracture du calcanéum par écrasement toutes les fois que l'on trouvera, chez un malade ayant fait une chute sur les pieds, les signes suivants : effacement des méplats, élargissement de la partie antérieure de l'os, disparition de la voûte plantaire, relâchement du tendon d'Achille.

Suivant les conseils de Lucas-Championnière, nous effleurerons d'abord les téguments pour calmer les douleurs, puis, par le massage, nous rechercherons les fêlures, esquilles, etc.

Quant au diagnostic différentiel, il nous faudra le faire :

1° Avec la contusion ; — mais nous n'aurons ici ni abaissement de la voûte plantaire, ni élargissement de l'os, et un massage explorateur confirmera notre diagnostic.

2° *Avec l'entorse tibio-tarsienne* ; — la recherche des points douloureux suffira pour nous renseigner.

3° *Avec la fracture bi-malléolaire* ; — l'ecchymose est ici au-dessus de la malléole et forme une sorte de bracelet autour de la cheville ; le siège de la douleur est bien net.

4° *Avec la fracture de l'astragale* ; — le bord interne du pied est racourci ; le pied est en varus et la douleur a un siège plus élevé.

Enfin nous nous aiderons, dans la recherche du diagnostic, des renseignements qui nous seront fournis par la radiographie.

Le traitement de la fracture du calcanéum par écrasement consiste dans l'immobilisation du membre et le massage combinés.

On ne réduira pas la fracture sitôt après l'accident, et il faudra attendre que les symptômes aigus aient diminué d'intensité ; on ne risquera pas alors de faire une cassure plus grande que celle occasionnée par l'accident, et on évitera de la douleur au malade, en même temps que le danger d'ostéite ; de plus on évitera le spasme musculaire, qui rendrait la réduction difficile à moins de placer le pied en équinisme. Enfin le gonflement moins grand rend les manœuvres plus faciles. Cette réduction se fera donc le 3e ou 5e jour.

On commencera par des frictions douces pour atténuer la douleur ; dans un deuxième temps, on fera des frictions plus fortes qui permettront en outre d'éclairer le diagnostic. Enfin le troisième temps consiste en un pétrissage du talon. On associera à ces manœuvres la mobilisation du cou-de-pied.

On appliquera alors soit un bandage, soit un appareil amovible, et au bout de quelques jours on répétera la réduction : mais cette réduction ne devra pas être répétée trop souvent, car elle amènerait de l'ostéite.

Puis on fera des frictions tous les jours en faisant marcher modérément le malade pour donner au membre une bonne nutrition. Plus tard enfin, on placera des tampons latéraux dans l'intérieur des chaussettes.

Quelques auteurs enfin prescrivent une émission sanguine avant la réduction.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité : M. le Pr agrégé Maygrier

Le diagnostic de la grossesse au début.

Nous avons reçu, ces jours derniers, dans le service, une femme que, par mesure de prudence, eu égard à sa température, j'ai fait conduire au pavillon d'isolement. Son cas offre un exemple intéressant des difficultés, parfois considérables, du diagnostic de la grossesse au début. Son histoire me servira d'entrée en matière pour traiter devant vous ce dernier sujet, si simple en apparence et si complexe en réalité.

Il s'agit d'une primipare, âgée de 30 ans, adressée à la Maternité de la Charité sous la rubrique : « menace d'avortement. » Cette femme, réglée très irrégulièrement, ne prenait nullement garde aux dates de ses périodes menstruelles. Elle n'avait pas eu de règles depuis le mois de novembre, mais ne se croyait pas, pour cela, enceinte. Aussi, lorsque le 15 janvier un écoulement utérin abondant se produisit, pensa-t-elle sans hésiter à un simple retour de la menstruation. Le 28 janvier, se sentant mal à l'aise, elle se décide à consulter un médecin. Celui-ci, constatant des symptômes d'embarras gastrique, de l'anorexie, de la constipation et de la courbature, donne une médication appropriée, alimentation lactée, lavements et gouttes de Baumé. Le 30 janvier, nouvelle métrorrhagie accompagnée de douleurs abdominales. Au bout de trois jours, le même état morbide persistant, le médecin est mandé à nouveau, diagnostique alors une fausse couche imminente, prescrit des lavements laudanisés et conseille le transport à l'hôpital.

La femme est, à son entrée, dans la situation suivante. Le palper abdominal est très difficile, le ventre tendu et douloureux. Le doigt pratiquant le toucher ressort teinté de sang et note la fermeture du col. La température s'élève à 38°, puis 39°. Des injections vaginales chaudes sont faites et de la glace placée immédiatement sur l'abdomen. Ce dernier ayant, le lendemain, repris sa souplesse et sa sensibilité normales, je peux faire un examen plus approfondi.

L'utérus m'apparaît un peu gros, en antéflexion, débordant la symphyse de deux ou trois travers de doigt. Le col est volumineux, mais court et fermé, l'orifice externe admettant à peine l'extrémité de l'index. Aucun caractère bien net, en résumé, d'un utérus gravide. Les seins sont légèrement hypertrophiés, les mamelons turgescents, l'aréole gonflée, en verre de montre.

De tout cela, que conclure ? Cette femme est-elle enceinte et menacée de fausse couche ? Je pense qu'il en est bien effectivement ainsi et, pour justifier cette opinion, je vais étudier avec vous les signes et le diagnostic de la grossesse au début, c'est-à-dire pendant les quatre premiers mois, alors que les symptômes de certitude manquent encore.

Dès l'instant de la fécondation, il se produit, vous le savez, des modifications profondes dans l'organisme de la femme. On a dit, à juste titre, que pas une parcelle des tissus maternels, pas une goutte des humeurs et liquides biologiques n'échappait à cette influence. En fait, tous les organes sont plus ou moins transformés et les signes de la grossesse ne sont autre chose que les manifestations elles-mêmes de ces troubles anatomo-physiologiques.

L'examen obstétrical doit toujours procéder méthodiquement et par ordre. Vous commencerez par l'interrogatoire, auquel succèdera l'inspection, le palper, le toucher, etc.

A la période initiale de la gestation, l'interrogatoire offre une grosse importance. La première chose à demander, en pareil cas, est l'état des règles, leur continuation ou leur cessation. En présence d'une femme jusqu'alors bien réglée qui brusquement devient aménorrhéique vous avez déjà un élément de premier ordre en faveur de la grossesse. Il vous arrivera, par contre, souvent de rencontrer des sujets indifférents qui, ne faisant aucune attention à leurs périodes menstruelles, ignorent à quelle date elles ont eu lieu ; vous en rencontrerez également d'autres mal réglées, voire pas réglées du tout. Alors, ce signe précieux, la cessation de la menstruation, reste sans portée.

Il convient de passer en revue, ensuite, les différents appareils susceptibles d'être touchés par la grossesse : les voies digestives et le système nerveux plus particulièrement, les organes thoraciques, le cœur et les poumons, peu atteints en général ; et les organes génitaux.

Chez la plupart des femmes enceintes, la moitié au moins, il existe des troubles digestifs assez accusés, des nausées, des vomiturations, des pituites le matin, à jeun de préférence. Indépendamment de ces phénomènes morbides, il peut y avoir des vomissements véritables soit au réveil, soit aux repas. La patiente se met à table, commence à manger. Elle est prise d'envies de vomir, se lève et, quelques instants plus tard, revient prendre sa place comme si rien ne s'était passé. Certaines femmes sont anorexiques, d'autres boulimiques, quelques-unes souffrent d'un état nauséeux continuel.

Du côté du système nerveux, vous enregistrerez les tendances aux lipothymies, aux syncopes, les envies de dormir ou les insomnies; parfois des troubles intellectuels, perte de mémoire ou au contraire réveil de l'intelligence. J'ai vu des maris, dit Tarnier, reconnaître l'état de leur femme à la vivacité inaccoutumée de leur intelligence.

L'appareil le plus important à examiner est naturellement l'appareil génital et ses dépendances, les mamelles. A l'inspection, le ventre est développé et accuse une voussure sus-pubienne plus ou moins notable. Le revêtement cutané est le siège de modifications spéciales de coloration, de pigmentation surtout, la ligne blanche abdominale devenant foncée, comme tracée au pinceau, l'aréole des seins brunissant, et la face se recouvrant quelquefois de taches. Il existe aussi une coloration livide, gris ardoisé, de la vulve et du vagin qui apparaît dès les premiers mois et se joint à une légère tuméfaction des organes génitaux externes. On peut dire d'une manière générale que les femmes enceintes se bouffissent sans œdème, tout leur corps s'hypertrophiant dans une mesure variable. Les seins sont particulièrement gonflés et l'aréole s'entoure d'une couronne de petites saillies connues sous le nom de tubercules de Montgommery.

Ces différents signes, nettement constatés, constituent par leur ensemble un faisceau de preuves. Je passe toutefois rapidement sur leur énumération, car ils sont bien connus. Je préfère insister plus longuement sur les résultats moins vulgarisés, bien que très utiles, fournis par le palper et le toucher.

On a admis longtemps que l'utérus dépassait le pubis seulement à partir du 3e mois et que, au début de la gestation, il restait inclus dans le bassin. Tarnier a fait justice de cette opinion : même à 6 semaines le fond de la matrice gravide déborde la symphyse. A deux mois, on le sent à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Trouverez-vous par le palper autre chose? Peut-être, mais ne vous attardez pas, car vous avez à votre disposition une méthode d'examen local beaucoup plus précise, le toucher et surtout le toucher combiné au palper.

Le doigt introduit dans le vagin reconnaît un col gros, hypertrophié, allongé, ramolli. Le ramollissement commence au niveau du museau de tanche mais il n'a lieu que progressivement et n'est complet qu'à la fin de la grossesse. De sorte que, à la période qui nous intéresse, l'index peut déprimer l'orifice externe déjà mou, mais il perçoit au fond une partie dure; la région non ramollie du col.

Passons maintenant au toucher combiné avec le palper, méthode qui donne au clinicien des notions presque certaines pour le diagnostic de la grossesse sans intervention de la femme, sans interrogation. On sent ainsi, suivant l'expression de Velpeau, l'utérus comme s'il était à nu sur une table. Il est nécessaire, cependant, que la patiente ne résiste pas trop, que son abdomen soit assez souple et sans surcharge graisseuse excessive. Vous constaterez, en premier lieu, l'augmentation de volume de l'utérus, sa forme arrondie rappelant, au 2e ou 3e mois, une sphère. Plus tard, l'organe s'allonge. Vous constaterez, en second lieu, la consistance pour ainsi dire pathognomonique du globe utérin. Il est élastique, rénitent et mou, d'une mollesse particulière qui ne s'oublie pas une fois perçue. De cette façon vous avez l'utérus entre les doigts, les uns appliqués sur l'abdomen, les autres dans le vagin en avant ou en arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur. Il vous arrivera quelquefois, exceptionnellement il est vrai, de ne trouver rien ou presque rien. Il y a des femmes présentant tous les signes possibles de grossesse chez lesquelles, avec le palper combiné au toucher, vous cherchez le corps utérin sans le rencontrer. La mollesse de celui-ci est telle qu'il ne demeure plus perceptible, excepté à certains moments, lorsqu'il est le siège d'une contraction musculaire et se durcit. En pareille circonstance, attendez, renouvelez les explorations jusqu'à constatation d'une contraction révélatrice et providentielle pour l'accoucheur.

Ce ramollissement a un lieu d'élection, la région de l'isthme, à l'union du corps et du col, au niveau de l'orifice interne. Un auteur allemand, Hegar, après avoir mis le fait en lumière, en a déduit un nouveau signe de gestation. Placez l'index gauche dans le cul-de sac vaginal postérieur, à la hauteur de l'isthme, appliquez les pulpes digitales de la main droite sur le pubis, au-dessus de la symphyse, et approchez les deux mains ; le mollesse de l'isthme est telle que vous pourrez parvenir à faire presque rencontrer les doigts. La résistance éprouvée est légère, on perçoit une dépression et il semble que le corps de la matrice est séparé du col. En résumé, par l'examen direct, par le toucher combiné au palper, vous parviendrez à établir un diagnostic probable. Si le col est dur, fermé, pas de parturition ; si au contraire le col est mou, augmenté de longueur, déprimable, si l'utérus est ramolli avec le signe d'Hegar, la grossesse peut être presque affirmée.

A l'aide de l'ensemble des signes précédents, il est donc possible, dans un grand nombre de cas, de reconnaître une grossesse au début avec certitude ou peu s'en faut. Il existe des circonstances encore assez nombreuses cependant, où le clinicien demeure embarrassé. Différentes conditions anormales sont susceptibles de l'égarer.

Vous pouvez avoir affaire à une jeune fille vierge ou apparemment vierge, au besoin avec conservation de l'hymen, comme nous en observons un exemple actuellement dans nos salles. Supposez cette jeune fille atteinte de tuberculose

ou de chloro-anémie très prononcée. Elle se plaindra volontiers de troubles digestifs, nerveux, et utérins. Les règles cessent alors très souvent tout l'ensemble rappelant la symptomatologie de la grossesse. On risque de se tromper, soit en attribuant une aménorrhée de gestation à la chlorose, soit en faisant la confusion inverse. Le médecin doit avoir assez de tact pour ne pas jeter la suspicion, sans motif sérieux, mais il ne doit pas non plus être dupe. Lorsqu'il y a intérêt à être fixé, n'hésitez pas, malgré l'hymen, à pratiquer un toucher vaginal explorateur.

Autre point intéressant. On rencontre des femmes qui, de bonne foi, déclarent avoir leurs règles tout en présentant les signes habituels de la grossesse. Interrogez-les, poussez l'enquête plus loin et vous vous assurerez en général qu'il ne s'agit pas de vraies règles. Il y a bien métrorrhagie, mais l'écoulement sanguin vaginal n'offre ni la durée, ni la quantité, ni l'intervalle de date des menstrues normales ; toujours un ou plusieurs de ces caractères manquent. Dans certains cas singuliers, des femmes, aménorrhéiques en temps ordinaire, ont des écoulements sanguins une fois enceintes. Exceptionnellement, vous observerez des règles véritables. Un exemple a été rapporté par un auteur anglais : la femme en question avait un utérus double, gravide d'un côté seulement ! Vous voyez combien il est nécessaire de faire attention, de palper et toucher avec soin avant de formuler un avis.

Il faut compter également avec les femmes de mauvaise foi, qui affirment la présence normale de leurs règles, escomptant tromper le médecin et obtenir l'avortement par des manœuvres intra-utérines d'ordre thérapeutique. Généralement, leur espoir est déçu, car l'hystérométrie a besoin la plupart du temps d'être répétée pour provoquer la fausse-couche. Nombreuses sont les observations dans lesquelles le cathéter a pénétré profondement dans la cavité utérine sans suite fâcheuse pour la gestation.

Certaines conditions morbides propres à la matrice elle-même masquent parfois la grossesse. Budin, Bar et d'autres auteurs ont signalé une anomalie trompeuse du développement de l'utérus gravide qui, au lieu de s'accroître symétriquement, s'accuse plus d'un côté que de l'autre. Une corne utérine, à gauche ou à droite, fait ainsi une saillie anormale ; l'organe, suivant l'expression typique de Bonnaire, a une fluxion, du moins pendant les premiers mois. On confond cela avec une tumeur, un fibrome et on se trouve parfois conduit à une opération. De même si l'utérus est double. On prend l'un des deux organes pour le véritable utérus et l'autre pour une néoplasie. Les déviations, la rétroflexion en particulier, peuvent faire croire à une tumeur du cul-de-sac postérieur. Les lésions péri-utérines, fibromes, kystes ovariens, sont également une source de difficultés du diagnostic de la grossesse que je me contente de signaler.

Un conseil : avant d'examiner les organes de la gestation chez une femme réputée enceinte, videz toujours la vessie et le rectum. Je vois tous les jours une simple réplétion du rectum ou de la vessie, modifiant les rapports normaux de la matrice, gêner le diagnostic.

Il existe d'ailleurs des cas où ce diagnostic est extrêmement difficile à établir. L'obésité peut-être un obstacle à l'examen. Chez une de mes clientes dont le poids atteignait 250 livres, je dus attendre le sixième mois pour sentir l'utérus et entendre les battements du cœur fœtal. Certaines erreurs de diagnostic sont classiques. Les plus célèbres ont trait aux kystes ovariens ; nombre de fois on a opéré des femmes enceintes croyant à des kystes. En 1892, un auteur allemand a publié un travail sur ce sujet et il a réuni 135 observations d'interventions chirurgicales erronées, avec 23 décès ; les hommes qui faisaient de telles confusions étaient cependant des opérateurs éprouvés.

Parfois, enfin, le cas inverse se produit. On croit à une grossesse et celle-ci n'existe pas. L'ascite, la péritonite tuberculeuse, les grossesses nerveuses, adipeuses ou gazeuses sont les sources principales de ces erreurs. Je ne saurais m'attarder ici plus longtemps sans être entraîné trop loin. De toutes façons, vous baserez votre diagnostic sur l'ensemble, le faisceau de signes déjà indiqués et sur les caractères de l'utérus gravide. Si la preuve de la grossesse n'apparaît pas claire, ne vous hâtez pas de l'affirmer ou de la nier. Je ne saurais mieux faire, pour terminer cette leçon, que de vous rappeler les conclusions de Pinard et de Budin, tous deux appelés à présenter leur thèse d'agrégation sur une même question : le diagnostic de la grossesse au cinquième mois :

Dans le doute, abstiens-toi, disait le premier.

Dans le doute, il faut s'abstenir, concluait le second.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Contribution à la séméiotique et à la thérapeutique de l'appendicite.

Les discussions qui surgissent journellement au sujet du traitement opératoire de l'appendicite prouvent que cette question est loin d'être résolue d'une façon définitive. On voit soutenir à ce sujet des opinions diamétralement opposées ; et, qui plus est, des chirurgiens, interventionnistes à outrance de la veille, deviennent quelquefois des plus fervents abstentionnistes. On estime généralement que la forme chronique récidivante de l'affection constitue une indication absolue pour l'intervention ; or il se trouve actuellement des détracteurs de ce principe. Le vieil adage chirurgical, d'après lequel le couteau doit éloigner le pus de tous ses repaires, ne doit donc plus avoir sa valeur pour le péritoine.

Il est encore impossible de savoir par une étude statistique, si l'on a plus de chances de sauver son malade en pratiquant une opération hâtive, ou en faisant de l'expectation. D'ailleurs il est difficile de tracer à l'avance une thérapeutique générale et immuable d'une affection aussi variée dans ses formes. Il n'existe, pour ainsi dire, pas deux cas qui se ressemblent ; aussi le praticien doit-il s'efforcer de dépister le plus tôt possible cette affection, qu'il ne faut jamais considérer comme une maladie bénigne : le cas le plus léger en apparence peut en effet subitement

s'aggraver et menacer la vie du patient. C'est donc dans la précocité du diagnostic que résidera presque le succès du traitement.

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé de l'étude de ces symptômes préliminaires de l'appendicite, et l'on a vu qu'il fallait souvent lui rapporter en dernière instance toute une série de troubles digestifs, de douleurs vagues, de sensations désagréables éprouvées dans l'abdomen. Or, on interprète quelquefois mal ces phénomènes pathologiques, on ne leur attribue qu'une médiocre importance, on se croit en présence d'une autre affection ; et il en résulte souvent de grands dommages pour la vie du malade, car le traitement rationnel n'a pas été institué en temps opportun.

Parmi ces prodromes, le Dr Karewski (*Berlin. Klin. Wochen*, juin 1901) cite en premier lieu les *douleurs abdominales*.

Chez certaines personnes, apparemment bien portantes, on peut noter des sensations de faiblesse, de malaise, soit après chaque repas, soit après l'ingestion de certains aliments difficiles à digérer ; celles-ci apparaissent soit chaque jour, soit par intervalles ; elles peuvent encore sembler indépendantes du tube digestif, et se manifester consécutivement à des mouvements exagérés de flexion ou d'extension du corps. La douleur est mal déterminée ; elle ne ressemble pas à une colique ; elle n'est ni très vive, ni localisée. Plutôt diffuse, elle n'est pas une véritable sensation de douleur, et s'irradie de l'ombilic à la région iliaque droite, et même gauche ; ou encore se localisant aux lombes, elle rappelle plus ou moins la douleur de la périmétrite. Quelquefois encore, quand elle se manifeste, les émissions gazeuses disparaissent complètement. Les malades peuvent aussi éprouver cette sensation particulière pendant la défécation.

Ces symptômes de péristaltisme intestinal troublé ne sont généralement pris en observation ni par les médecins, ni par les malades. Ils précèdent quelquefois de plusieurs années l'appendicite (33 fois sur 117 observations personnelles de Karewski). Il est vrai qu'ils peuvent se présenter dans toute une série d'autres affections abdominales : mais à l'avenir, ils ne devront pas manquer d'éveiller l'attention du médecin du côté du cæcum. Cela est d'autant plus vrai, qu'ils se présentent très souvent chez des personnes ayant eu autrefois une crise appendiculaire, et qu'ils constituent fréquemment l'unique symptôme d'une appendicite chronique, sans accès, cette affection restant d'ailleurs pour le malade, une menace de péritonite par perforation.

Quand alors le médecin explore, dans ces conditions, les fosses iliaques du patient, il est quelquefois amené à des découvertes surprenantes : c'est ou bien une grosse tuméfaction à droite, due vraisemblablement à des anses intestinales, agglutinées par leur péritoine autour de l'appendice, — ou bien une tuméfaction rectale, qui élimine alors d'emblée l'idée d'une affection appendiculaire. Mais le plus souvent on ne trouve rien d'anormal, parce que l'affection n'a pas encore dépassé l'appendice ou que les adhérences sont faibles. Dans ce cas il est parfois possible de percevoir à la palpation l'appendice vermiculaire, sous forme d'un corps rond, contourné, douloureux, et mobile profondément sur le psoas.

On observe fréquemment une certaine voussure de la région iléo-cæcale, due à un météorisme localisé au niveau de la jonction de deux intestins. D'ailleurs, en pratiquant la palpation bimanuelle par l'abdomen et le rectum, on sent la région occupée par des anses intestinales ballonnées.

Les personnes qui présentent ces douleurs abdominales paraissent ordinairement bien portantes, et ont bon appétit ; mais souvent la moindre indisposition, qui chez d'autres passerait presque inaperçue, suffit à produire chez elles une perforation appendiculaire, ou tout au moins des troubles graves. Telle est l'action des indigestions, des fatigues physiques. C'est ainsi que s'expliquent des appendicites, débutant par une simple diarrhée (8 observations de Karewski), ou encore à la suite d'une promenade en voiture (3 observations), d'un exercice de gymnastique (2 cas). Bien entendu, il ne faut pas conclure de ces faits que toutes les appendicites présentent cette période latente !

Le médecin pourra faire plus facilement son diagnostic, si, à ces sensations douloureuses, se joignent des nausées, des vomissements. Et cependant, on se contente d'attribuer quelquefois ces phénomènes à une affection stomacale, à une fausse digestion, ou à quelque maladie nerveuse. Naturellement, il faut faire le diagnostic différentiel avec ces lésions, mais il sera bon de songer à l'appendice avant d'examiner l'hypothèse d'une névrose gastrique.

Les prodromes de cette affection peuvent aussi s'accuser du côté de la *vessie* : douleurs dans la miction, crampes vésicales après la miction, et consécutivement, douleurs généralisées dans tout l'abdomen (9 observations de Karewski) : Cette participation de la vessie paraît assez fréquente, et quand on ne trouve aucun phénomène pathologique du côté de l'appareil uro-génital, il faut songer à l'appendice.

Ainsi les symptômes morbides qui traduisent une appendicite chronique, consécutive à une attaque de colique appendiculaire, peuvent aussi précéder cette dernière. On trouve d'ailleurs des faits analogues pour d'autres affections abdominales. Quelquefois la colique hépatique, par exemple, est précédée de douleurs diffuses, qu'on attribue aux maladies les plus variées, (pérityphlite, hypocondrie, hystérie..).

Les dangers de l'appendicite, dit Karewsky, diminuent à mesure qu'augmente le nombre des crises, car chaque crise amène de nouvelles adhérences, qui protègent de plus en plus la cavité abdominale.

Kümmel prétend aussi que la plus grande mortalité est due à la première attaque. Peut-être faut-il aussi porter un pronostic meilleur chez les gens qui présentent depuis longtemps les prodromes de l'affection, sans avoir de crise. Le cas serait, par contre, plus grave, quand la colique appendiculaire se manifesterait peu de temps après le début de prodromes assez marqués.

Quand une colique appendiculaire a été méconnue, elle peut dans la suite devenir d'un diagnostic difficile, en raison des complications qui surviennent quelquefois par la progression du processus morbide, soit dans les organes

voisins, soit à distance par les embolies septiques (empyémes, suppurations lombaires, périnéphrétiques, psoïtiques) ; en pareil cas, l'affection primitive peut être méconnue, faute d'avoir prêté l'attention à ses prodromes.

En tous cas, lorsqu'on trouve un empâtement dans la région iliaque droite, il faut toujours rechercher avec soin son origine (intestin, vessie, organes génitaux chez la femme). Pour arriver à ce résultat, la situation de l'exsudat, et les symptômes cliniques sont de la première importance.

Quand la tuméfaction pérityphlique occupe sa situation la plus habituelle, c'est-à-dire quand elle est située directement au dessus du ligament de Poupart, il faut se demander si l'exsudat est extra ou intrapéritonéal, et si l'intestin se trouve situé en-dessous ou au-dessus de lui.

La percussion et la palpation nous renseigneront sur la situation des anses intestinales ; la percussion en particulier devra être très minutieuse, afin que, par exemple, dans le cas d'un gâteau superficiel très étendu, mais peu épais, la sonorité de l'intestin situé profondément ne voile pas la matité superficielle de l'exsudat. Il faudra donc percuter légèrement, et rechercher en même temps la résistance au doigt des tissus.

Après avoir déterminé, chose de première importance pour une intervention, la situation relative de l'intestin et de l'exsudat, il est encore nécessaire de savoir dans quelle mesure le péritoine est intéressé. A priori, on peut conclure à une affection rétropéritonéale, quand l'affection n'a pas débuté par une douleur subite et intense, et par des vomissements, et quand les symptômes d'un phlegmon prennent la première importance. En ce cas, le pouls a toujours une fréquence en rapport avec l'élévation de la température, et il n'est jamais aussi rapide que dans le cas de suppuration intrapéritonéale. De même, les symptômes nerveux, et la perte des forces sont moins accentués. Le météorisme n'apparaît que si l'infection gagne le péritoine ; alors apparaît le danger d'une perforation intestinale. Mais ces cas d'infection propagée ne se produisent que quand l'infection progresse rapidement, ce qui est assez rare. Le pronostic des cas aux allures primitives extra péritonéales est relativement bon, quoique l'évolution en soit assez prolongée. Néanmoins on risque toujours les grandes suppurations du bassin, les gros abcès du tissu conjonctif.

Lorsque la tuméfaction inflammatoire est superficielle par rapport aux anses intestinales, il arrive assez fréquemment que le processus reste extrapéritonéal, car des adhérences protectrices se forment rapidement, ou l'appendice ne possède qu'un mésocôlon partiel. Il n'en est plus de même quand les anses de l'intestin grêle entourent le processus vermiforme, quand elles sont superficielles. En effet, l'abcès appendiculaire n'est plus entouré par le péritoine pariétal mais bien par les anses grêles, et le pronostic dépendra de la rapidité et de la solidité avec laquelle celles-ci adhéreront entre elles ; il sera en tous cas plus sérieux que dans le cas précédent, car on risquera beaucoup plus une péritonite généralisée.

Quand cet accident se produit, le pus fuse avec une très grande facilité entre toutes les anses, et l'intervention chirurgicale devient très délicate, car on ne sait où porter le couteau. Les premiers symptômes de la péritonite par perforation sont particulièrement foudroyants : collapsus grave, hypothermie, et pouls très fréquent. Bientôt après, un nouveau shok indique la participation de toute la cavité péritonéale au processus morbide ; on se demande alors s'il faut opérer pour sauver le malade, ou bien si l'expectation peut donner de meilleures chances de succès.

Quand les phénomènes aigus disparaissent sans emporter le malade, et que plus tard il se produit une récidive, le praticien décidera l'opération, mais il se demandera quels risques il va courir d'infecter le péritoine sain, et quelles difficultés il aura de séparer l'appendice des anses intestinales agglutinées entre elles, ou avec la vessie, ou encore avec les annexes chez la femme, manœuvres qui pourront avoir comme conséquence de nouvelles perforations intestinales.

Quand l'appendice ne se trouve pas au-dessus du ligament de Poupart, il peut être dirigé en haut, le long du côlon ; en pareil cas, on risque des suppurations sous-phréniques (5 fois sur 10, d'après Karewski), ou des ouvertures de l'abcès dans le côlon ; le pronostic est grave, l'opération difficile, car on risque, en extirpant l'appendice, de perforer le côlon.

D'autres fois, l'appendice plonge dans le petit bassin, et ne peut être perçu que par le toucher rectal. Quand la perforation se produit, on observe des phénomènes de péritonite généralisée. En pareil cas, l'opération est dangereuse, car il faut traverser du péritoine sain qu'on infecte facilement.

Il existe encore deux variétés particulières d'appendicite, produites l'une par la situation transversale d'un long appendice, qui va reposer dans la fosse iliaque gauche, l'autre par une situation sous-hépatique de cet organe (5 cas de Karewski). Cette dernière forme est grave, car le diaphragme peut aussi prendre part à l'inflammation ; elle se distingue assez facilement avant qu'il y ait perforation. En effet, la région abdominale inférieure est généralement libre, et la tuméfaction située immédiatement sous le voile, avec lequel elle se confond. L'auteur en possède cinq observations personnelles, trois fois il a pu sauver ses malades, en incisant simplement l'abcès dans deux cas : une fois seulement il a réséqué simultanément l'appendice.

Le diagnostic de cette variété sous-hépatique est particulièrement difficile chez l'adulte, car les coliques hépatiques occasionnent des symptômes analogues ; cependant on peut dire que la réaction péritonéale est moins intense dans la colique hépatique sans perforation.

Au point de vue thérapeutique, on ne peut donner que des indications générales quant à l'intervention ou à l'expectation ; la tâche du praticien consistera à savoir les appliquer à tel ou tel cas, pris en particulier.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, on doit s'efforcer de faire le diagnostic à la période latente de l'affection ; un traitement rationnel, appliqué à cette phase prodromique, sera susceptible, sinon d'éviter la crise, du moins de diminuer son intensité et sa gravité.

Ces malades doivent éviter les indigestions, prendre une nourriture légère, non irritante ; celle-ci doit même consister pendant longtemps en liquides et en bouillies. Il faut craindre la constipation, et lorsqu'elle se produit, ne pas employer de substances qui excitent le péristaltisme intestinal ; l'auteur recommande de petits lavements d'huile (250 gr.). La meilleure pratique consiste à condamner les patients au lit, jusqu'à ce que tout phénomène douloureux ait disparu depuis 3 ou 4 semaines. Ceux-ci doivent éviter pendant des mois les fatigues physiques (danse, gymnastique, etc.). Le Dr Karewski n'a jamais obtenu de bons résultats par les cures balnéaires dans les appendicites récidivantes.

Quand on n'a pas obtenu par ces moyens la disparition des phénomènes morbides, il est indiqué, au bout d'un certain temps, de réséquer l'appendice. Très souvent, on sera étonné des altérations que présentera cet organe, en dépit de symptômes cliniques bénins. On trouvera des ulcérations s'étendant presque jusqu'à la séreuse, des calculs incarcérés menaçant de perforer la paroi, aussi bien qu'un catarrhe muqueux. Il peut y avoir des adhérences péritonéales, etc. En tous cas, l'opération ne sera pas plus dangereuse qu'une cure radicale de hernie ou de kyste ovarien.

Quand on voit seulement le malade au moment de sa première crise appendiculaire, il est généralement recommandé d'attendre lorsque la situation semble avoir des tendances à s'améliorer rapidement. Mais il faudra opérer toutes les fois que des symptômes péritonéaux, des irrégularités du pouls et de la température, feront craindre la formation d'un abcès ; car dans ces cas, plus l'intervention sera hâtive, plus elle sera inoffensive ; l'apparition d'une péritonite généralisée rendra le succès moins certain. A plus forte raison, devra-t-on opérer immédiatement quand les symptômes seront d'emblée alarmants ; l'état du pouls et de la température ne pourront servir de base certaine d'investigation, car les données qu'ils fournissent sont quelquefois en contradiction avec l'état du malade ; un pouls fréquent sera, aussi bien qu'un pouls ralenti, en rapport avec l'infection péritonéale généralisée. Par contre, les phénomènes nerveux indiquent au premier chef la gravité et la malignité du cas, et guident le chirurgien dans ses décisions.

Quant à la nature de l'intervention, il est évidemment toujours préférable de réséquer l'appendice, car une opération radicale seule peut amener une guérison radicale. Néanmoins, dans certains cas, on se contentera d'ouvrir l'abcès, plutôt que de remuer toutes les anses intestinales pour découvrir le processus vermiforme, quand on ne le trouve pas facilement.

Il est pour le chirurgien une situation très difficile ; c'est celle où, d'emblée, l'affection se présente avec tous les signes d'une péritonite grave, septique et diffuse, sans un foyer morbide plus accentué, on ne sait alors s'il s'agit d'une infection générale du péritoine, ou seulement d'une irritation de ce dernier, consécutive à l'existence d'un foyer septique. En pareil cas, beaucoup d'auteurs, même des plus prudents, conseillent une intervention immédiate. Mais l'expérience nous apprend que souvent une inflammation aussi intense rétrocède, pour ne laisser au couteau qu'un foyer limité soit à la fosse iliaque, soit au foie, soit au rectum. Il faut dire qu'une opération aussi hâtive ne peut, en pareil cas, assurer un succès certain ; souvent l'incision rapide de la paroi abdominale ne fait pas effectuer un grand pas au traitement.

Karewski lui-même, sur 19 cas, n'a pu que 3 fois sauver son malade par ce procédé ; au contraire, l'expectation lui a permis d'obtenir de meilleurs résultats. Dans les cas seulement où, malgré les procédés médicamenteux, l'affection ne fait qu'augmenter, l'état général que s'aggraver, on peut obtenir une amélioration en évacuant le pus par une large incision, en réséquant s'il est possible, sans trop de dégâts, l'appendice vermiforme, et en faisant un drainage à la gaze iodoformée. Avant l'opération, il est bon toutefois de combattre le collapsus par des injections salines sous-cutanées, et par des injections de camphre. On trouve alors des abcès multiples, et entre les anses intestinales plus ou moins adhérentes, un exsudat séreux, hémorrhagique, ou séro-purulent, qui disparaît quelquefois après un tamponnement prolongé à la gaze iodoformée.

Dr Georges.

PUÉRICULTURE

L'allaitement mercenaire au biberon.

Monsieur le Directeur,

En ma qualité de médecin inspecteur des enfants du premier âge du canton de Chateldon, permettez-moi de vous donner mon humble avis à propos du projet de révision de la loi Roussel. Médecin-inspecteur depuis 11 ans passés, j'ai constaté que dans ma circonscription, qui est assez étendue, la plupart des nourrissons placés au biberon étaient d'une plus belle venue, plus beaux, plus vigoureux que ceux placés au sein, qui du reste, ont toujours été en plus petit nombre. A la condition que la vache soit saine, bien nourrie, qu'elle ne soit pas en état de gestation, à la condition que le biberon ou la fiole surmontée d'un bout de sein soit bien nettoyée chaque fois et débarrassé de ce qui reste de lait de la précédente tétée, à la condition que le biberon à tube soit supprimé radicalement, ce qui est chose faite depuis longtemps dans ma circonscription, j'estime qu'on peut obtenir de très beaux enfants avec l'allaitement artificiel, qu'il s'agisse d'une vache ou d'une bonne chèvre. A la campagne, ces conditions de vache saine et bien nourrie ne sont pas difficiles à obtenir ; c'est au médecin-inspecteur à se renseigner et à tenir la main à ce qu'elles soient remplies.

Dans ma circonscription, la mortalité a toujours été très faible du fait du biberon et cependant les conditions d'hygiène et de logement laissent parfois bien à désirer. Pour moi, les nourrices au sein (je parle de celles qui ne sont pas sur lieu) sont quelquefois plus dangereuses que les nourrices au biberon, soit parce qu'elles partagent leur lait entre le nourrisson et leur propre enfant, soit parce que n'ayant plus assez de lait, elles font l'allaitement mixte, qui est plutôt nuisible au nourrisson. A la campagne, la mortalité par le biberon mercenaire n'est pas aussi grande que certains se plaisent à le dire ;

les rapports annuels des inspecteurs départementaux sont là pour le démontrer.

Demander la suppression de l'allaitement mercenaire au biberon, c'est demander, un peu à la légère, la suppression de l'industrie nourricière qu'on ne remplacera pas, quoiqu'on fasse et qu'on dise.

Le mieux est quelquefois l'ennemi du bien. La loi Roussel, telle qu'elle existe, malgré ses imperfections, a rendu d'immenses services, et il est à craindre qu'en la révisant, on aille contre le but. Mais la mode est aux révisions, il faut suivre la mode. A mon humble avis, la principale révision devrait consister : 1° à autoriser le médecin-inspecteur à visiter 2 fois par mois le nourrisson jusqu'à l'âge d'un an ; puis, à partir d'un an, une fois par mois jusqu'à l'âge de 3 ans ; 2° considérer comme nourrissons les enfants placés sans salaire chez leurs grands-parents.

Je vous autorise à faire de ma lettre tel usage qu'il vous plaira.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Vidal.
du *Concours.*

L'allaitement artificiel sans biberon.

Monsieur et très honoré confrère,

Je me permets de vous demander de faire paraître l'article suivant :

Puisque maintenant le vent souffle en tempête du côté de la puériculture, que cette question intéresse même nos hommes d'Etat, qui daignent honorer de leur présence les différentes assises que tiennent les ligues contre la mortalité infantile, contre la dépopulation, etc., etc., je me crois autorisé à sacrifier à l'engouement actuel en vous exposant l'utilité d'une petite réforme concernant l'allaitement artificiel des enfants.

On préconise, à juste titre, l'allaitement naturel par le sein de la mère, puis par celui d'une nourrice mercenaire et enfin, comme pis aller, par le biberon.

Il existe cependant, un autre mode d'allaitement peu répandu, je l'avoue, mais dont les méfaits, pour ne pas être aussi ostensibles que ceux du biberon, n'en existent pas moins.

Je veux parler de l'allaitement à la cuillère, ou au petit pot, suivant l'expression administrative.

Médecin-inspecteur des enfants, j'ai pu observer ce mode d'allaitement, j'ai vu en quoi il consiste et quels en sont les principaux inconvénients. Voici brièvement cette description. Au moment des pseudo-tétées, on donne à l'enfant le lait, bouilli ou non, à l'aide d'une cuillère et souvent, comme cela demande trop de temps, on fait boire l'enfant au verre ou au bol. De cette façon, le nourrisson déglutit sans fatigue chaque gorgée de lait et l'acte naturel et important de la succion est complètement supprimé.

J'ai constaté que chez les jeunes enfants élevés de cette manière les troubles digestifs (entérite, constipation, diarrhée) étaient beaucoup plus fréquents et plus difficiles à faire disparaître que chez ceux élevés au biberon. Je prétends même que, quelles que soient les bonnes qualités du lait employé et le réglage scientifique des tétées par la nourrice, ces désordres sont constants et inévitables.

A mon avis, ce résultat déplorable trouve son explication naturelle dans les faits suivants. La déglutition du lait se produisant réflectivement et ainsi sans fatigue, l'enfant n'éprouve pas la sensation de satiété, obtenue chez lui à la suite de la fatigue musculaire et, corrélativement, il absorbe un volume de lait trop considérable pour son estomac, qui se distend insensiblement sous cette surcharge répétée. L'atonie stomacale s'accentue aussi d'une autre façon. Toujours par suite de l'absence de la fatigue, l'enfant ne s'endort pas, et à la campagne, il est admis que tout enfant qui ne dort pas doit être considéré comme ayant encore faim. Aussi c'est le moindre mouvement, le plus petit cri qui va devenir l'occasion d'une nouvelle prise de lait, au lieu que cela soit la quantité de lait absorbée et l'intervalle entre deux tétées.

Suivant la résistance vitale du nourrisson, le résultat de ce gavage intensif ne se fait pas longtemps attendre. Mais, chez certaines nourrices, cette mauvaise pratique est tellement enracinée que les vomissements de l'enfant, l'amaigrissement consécutif à l'excès d'embonpoint, la diarrhée, les conseils du médecin, sont sans effet, et que, finalement, les enfants disparaîtraient, si on ne prenait pas le moyen radical de les leur enlever. Les inconvénients précités de ce mode d'allaitement ont encore une autre origine, d'ordre physiologique. C'est l'absence de la succion, dont le rôle est capital chez l'enfant, puisque c'est grâce à elle que les sécrétions salivaires sont d'abord excitées et ensuite versées dans la bouche pour servir à la digestion du lait et à la division de la caséine au moment de sa coagulation dans l'estomac.

Pour toutes ces raisons, je crois qu'il est utile de signaler à l'attention des ligues les méfaits de ce genre d'allaitement et de demander qu'elles développent dans leur programme cette notion, dans le but de redresser bien des erreurs qui entraînent une mortalité infantile quel'on a trop souvent l'habitude d'attribuer à la mauvaise qualité du lait.

Dr Gannat.
Vichy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Menus incidents et dangereux complot.

Variés, mais d'inégale importance, les sujets de conversation médicale, au cours de cette semaine.

Le secret professionnel est d'abord revenu sur le tapis. Il n'était plus question des fausses espérances de la jeune reine Draga. Non, le plat du jour était une salade bien assortie où la réclame la moins dépourvue d'artifice avait mélangé les personnalités, de Barnum, de Doyen, de Radica, de Doodica, livrées au cinématographe et au reportage effréné. Et, cette fois encore, comme l'année dernière, on a pu conclure que l'obligation du secret ne paraît pas s'imposer aux princes du bistouri. Elle reste le monopole des petits praticiens ; il faut bien leur laisser quelque chose.

***

Parmi les journaux de tout format que nous avons consultés, pour avoir enfin sur ces choses une opinion autorisée, il en est un qui a, tout d'un coup, détourné notre attention.

L'*Ami des petits commerçants* est une feuille très jeune encore, qui donne ses premières leçons au suffrage universel, élève récalcitrant qui a déjà trompé tant d'espérances malgré les frais que beaucoup de gens s'imposent pour son éducation. Et voilà que le premier thème du maître est : « Sus aux candidats médecins ». Il paraît que nos confrères du Parlement ont plongé dans le marasme le commerce d'alimentation, par les ligues et les mesures d'hygiène. Il y a mévente sur tout ; il fallait une tête de turc, on se payera demain, celle du médecin candidat. N'est-ce pas tout naturel ?

* * *

Mais, si nous pouvons, à la rigueur, passer cette fantaisie à la croisade des laitiers et des bouilleurs de cru, mettons-nous bien vite en garde contre une bande autrement dangereuse que nous tenons à l'œil depuis des années. Ici, nous ne plaisantons plus.

Le malheur des temps, et la résistance, dont nous fûmes les premiers organisateurs, ont rapproché ces philanthropes de grande envergure qui s'étaient donné pour mission d'assurer, de la façon désintéressée que l'on connaît, l'application de la loi-accidents.

Dès les premières séances de cette sorte de néo-syndicat des Compagnies d'assurances, la question des honoraires médicaux a surgi, *et il paraît que l'on compte sur une entente*, disent les feuilles à la dévotion. — Diable !!

Nous voyons à peu près cela d'ici. Les directeurs des Compagnies ont dû tomber d'accord... avec les chefs du service médical de chaque société ! Ceux-ci, qui sont peut être des pontifes très décorés et très empanachés, apposeront leurs signatures au bas d'un tarif d'allure officielle et diront aux praticiens : « Voici des chiffres établis par nous, médecins, il est de votre devoir de les accepter. » On ajoutera peut-être même qu'ils sont approuvés par le Comité supérieur des assurances, et ceux d'entre nous qui, tout en la recherchant, tremblent toujours devant la férule d'une administration ou d'une collectivité, seraient encore tentés de s'incliner. Serait-ce assez malin ?

Par malheur pour ces habiles, la mèche est un peu usée. Chacun sait que, pour signer le traité de paix, aucun groupement médical n'a reçu de mandat. Si donc on peut compter sur une entente, c'est qu'après le présent aveu d'impuissance de ces potentats à rompre sérieusement notre cohésion, ils préparent une retraite savante. Mais, à ce moment même, nous saurons rester en défiance contre les retours offensifs, et inébranlables dans notre formule : « Pas de contrats, plus de marchandages, partout et toujours le tarif et le régime sous lequel nous vivons en bons termes avec la « Participation ». C'est un terrain acquis désormais.

Comme ce petit peuple que tout le monde admire, nous ne traiterons pas en sacrifiant notre indépendance.

Et si quelques-uns des nôtres, au mépris de la liberté des blessés, du respect de leur propre personne, et de la solidarité professionnelle, se faisaient les hommes liges d'une exploitation ayant changé de masque, nos Syndicats leur infligeraient au moral le châtiment réservé par les Boers à ceux qui les trahissent.

Ils seraient stigmatisés d'un nom qui deviendrait alors synonyme de félonie quand on dirait d'eux : « Ce sont des médecins d'assurances ; leur place n'est pas ici. »

H. J.

Ligue des médecins et des pères de famill pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.

Programme d'enquête

Le projet Leygues-Ribot ayant été soumis à l'approbation des Chambres, à propos de la discussion du budget de 1902, nous avons dû renoncer, pour le présent, à exercer une action sur le Parlement.

Nous demandons aux confrères qui ont adhéré à nos idées de rester groupés autour de nous. Nous leur servirons provisoirement d'intermédiaires. Qu'ils fassent près des médecins, des pères de familles et près des membres de l'Université, une propagande active. Qu'ils s'efforcent de nous gagner de nouveaux adhérents.

Les principes fondamentaux que cette campagne doit chercher à faire triompher sont les suivants :

I. — Il est indispensable de donner à la vie au grand air et aux exercices physiques sagement mesurés toute l'importance que réclame l'hygiène d'enfants et de jeunes gens en voie de développement.

II. — Il est nécessaire que les programmes soient allégés et les méthodes d'enseignement modifiées de façon à empêcher le surmenage cérébral et l'éparpillement des efforts intellectuels.

III. — Il serait très utile, comme le propos M. Surmont, de Lille, de créer des conseils d'hygiène scolaire près du ministre de l'Instruction publique et près des recteurs de chaque Académie.

Nous demandons à nos correspondants de province de chercher à constituer autour d'eux des groupes de propagande.

Dès que le nombre des adhésions paraîtra suffisant, on pourra, si on le juge à propos, constituer régulièrement une ligue pour laquelle nous proposerons l'appellation définitive suivante : *Ligue des médecins et des pères de famille, pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.* Dès maintenant nous serons heureux de recevoir l'adhésion de pères de famille non médecins. Le chiffre de la cotisation personnelle serait peu élevé : 2 fran par exemple.

Nous avons l'intention d'écrire une courte b chure de propagande ; nous vous en enverron au prix coûtant, le nombre d'exemplaires vous nous demanderez.

Nous vous envoyons la liste des premie adhérents à l'idée d'une ligue de l'hygiène s laire.

Nous vous adressons également un progra me des questions qui s'imposeraient à la réflexi des membres de la future ligue. Des études, d revues générales, des discussions entre méd cins et pédagogues de profession, sur ces qu tions, seraient très utiles. Elles pourraient ser

à faire acquérir aux pédagogues des notions d'hygiène, et aux médecins des notions de pédagogie, et ce serait un grand bienfait. Ces discussions et ces études pourraient servir aussi plus tard à rédiger le manuel des membres des conseils d'hygiène scolaire.

Nous comptons, Monsieur et cher confrère, sur votre active collaboration pour propager les idées fondamentales qui ont amené notre entente, pour étudier et vulgariser les questions d'hygiène scolaire physique et intellectuelle.

P. Le Gendre, Albert Mathieu.

Programme des questions a étudier et des réformes a réaliser :

I. — *Hygiène physique* :

Nombre d'heures de classe d'étude ; — Durée des classes ;

Vacances et congés ; — Durée et date des vacances ; — Congés hebdomadaires :

Exercices hebdomadaires ; — Modalité des exercices ;

Habitation et mobilier scolaire ;

Alimentation.

Hygiène du développement sexuel.

II. — *Hygiène intellectuelle* :

Programmes et méthodes d'enseignement dans leurs rapports avec le développement intellectuel des enfants normaux.

Compositions, prix et concours.

Méthodes d'enseignement applicables aux enfants d'intelligence suffisante, mais anormale dans son développement.

III. — Pathologie de l'écolier et du collégien.

Prédisposition à des maladies dont l'évolution se fera ultérieurement.

IV. — Conseils d'hygiène universitaire.

Nécessité d'une préparation spéciale pour les médecins d'établissements scolaires.

V. — Quel genre d'études secondaires convient à un jeune homme qui se destine à la médecine ?

Les lettres d'adhésion continuent à nous être envoyées, mais cependant en nombre encore insuffisant. Beaucoup de nos confrères hésitent sans doute à nous écrire en se disant que l'appoint de leur nom ne nous sera pas nécessaire, ou pensent que leurs réflexions ne nous ouvriraient pas des aperçus nouveaux.

Qu'ils se détrompent : c'est à la fois par le nombre et par la qualité des adhérents qu'un mouvement d'opinion comme celui que nous souhaitons, peut aboutir à exercer une influence favorable sur les personnalités qui dirigent l'enseignement public.

Il n'y a pas un médecin, pas un père de famille, dont l'avis soit à dédaigner, *surtout s'il cite tel ou tel fait précis relatif à l'une des questions énumérées dans le programme ci-dessus.*

A défaut de considérations générales et même préférablement à celles-ci, que chacun de nos lecteurs nous fasse connaître ce qu'il a vu autour de lui dans l'établissement scolaire où sont ses enfants, dans les écoles qu'il inspecte ; qu'il nous rapporte les réflexions de pères de famille de sa clientèle, dont il aura sollicité l'avis, des exemples de surmenage, de maladies résultant d'une hygiène scolaire fâcheuse.

C'est du groupement et de l'analyse de ces *faits* que nous tirerons argument pour la campagne que nous nous préparons à entreprendre ; mais qu'il ne faut commencer que bien armés.

P. Le Gendre.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les Médecins et la Justice.

Nos lecteurs connaissent la poursuite intentée contre nos confrères de Lille, qui avaient fondé une association syndicale avec des pharmaciens de cette ville, ayant pour objet, nettement déterminé, la défense professionnelle et la protection de la santé publique. Ils se rappellent que le tribunal correctionnel de Lille avait acquitté nos confrères et signalé au Parquet, par leur jugement motivé en toute indépendance, qu'ils n'étaient les serviteurs que de la Loi ; que le ministère public, par un acharnement peu explicable, avait saisi la Cour de Douai et que ce deuxième degré de juridiction avait infirmé le jugement, condamné les membres du bureau de l'Union et déclaré nulle cette association ; que le Sou médical, donnant son appui contre l'arbitraire gouvernemental, et confiant dans la haute intégrité et l'indépendance des magistrats de la Cour suprême, avait pris à sa charge les frais d'un pourvoi.

Le 28 février dernier, la Cour de cassation a rejeté le pourvoi, et par conséquent confirmé l'arrêt de la Cour de Douai qui refusait aux médecins le droit de se syndiquer autrement qu'entre eux. Et chose peu commune, cette décision a été prise malgré les conclusions du conseiller rapporteur et celles de l'avocat général qui avaient conclu à la cassation de l'arrêt.

Nos confrères et les pharmaciens de Lille en seront quittes pour changer d'étiquette et s'appeler association au lieu de syndicat, la loi du 1er juillet 1901 étant intervenue, pendant les poursuites, sans doute pour déjouer les essais illibéraux du ministère de la Justice. En observant les formalités de l'art 5 de cette loi, qui sont analogues à celles à accomplir pour se constituer en syndicat d'après la loi de 1884, les médecins et pharmaciens de l'Union auront les mêmes droits qu'auparavant et pourront continuer leur œuvre. Leur association pourra même comprendre des adhérants étrangers à leurs deux professions, s'ils le jugent utile pour augmenter la force de leur action.

Les adversaires gouvernementaux de la liberté des citoyens ne perdront sans doute rien pour attendre.

Mais ce qui donne matière à réflexion, c'est l'argumentation de la Cour de Douai et de la Cour de Cassation, pour étayer leur singulière solution.

Elle se résume en ceci : Si la loi de 1892, dans son article 13, a accordé aux médecins, *par faveur spéciale*, le droit de se syndiquer entre eux, elle n'a pas entendu leur donner le droit de se syndiquer avec les professions visées par la loi du 21 mars 1884 (parmi lesquelles se trouvent les pharmaciens.)

Si les arrêts de justice ne nous avaient pas habitués depuis longtemps à nous attendre à tout, s'il était permis encore d'éprouver quelque surprise en présence de la fantaisie ou de l'in-

conscience de dame Thémis, nous dirions que nous sommes étonnés de ce dénouement. Pour ne pas paraître trop naïfs, disons plutôt que ce serait une décision respectueuse des lois et inspirée par l'esprit de libéralisme, en un mot un arrêt de justice « juste » qui nous eût cassé bras et jambes.

Nous exagérons, pensez-vous. Jugez-en vous-même.

Lisez d'abord le texte de l'article 13 de la loi de 1892 :

« A partir de l'application de la présente loi, « les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-« femmes jouiront du droit de se constituer en « associations syndicales, *dans les conditions de « la loi du* 21 *mars* 1884, pour la défense de leurs « intérêts professionnels, à l'égard de toutes « personnes autres que l'État, les départements « et les communes. »

Dans la discussion au Sénat sur le projet déjà voté par la Chambre des Députés, et qui contenait le texte ci-dessus moins les réserves faites à l'égard des administrations publiques, M. Loubet, alors président du Conseil, répondant à MM. Tolain et Hervé de Saisy, qui prétendaient faire repousser l'article 13, s'exprimait ainsi : « Il est incontestable que la loi du 21 mars 1884 ne s'applique pas au corps médical. La jurisprudence est fixée sur ce point: » — Puis il citait les décisions qui ont abouti à l'arrêt de la Cour de cassation du 27 juin 1885 déclarant que la loi de 1884 n'était pas applicable aux médecins — et il continuait en ces termes : « Que prouvent ces décisions ? Elles prouvent que si les médecins ont intérêt — et ils y ont un intérêt incontestable à réclamer le bénéfice de la loi de 1884, — pour qu'elle devienne applicable, *ils devront demander l'extension des dispositions des art.* 2 *et* 3 *de cette loi*, qu'on pourra peut-être étendre et appliquer même à d'autres catégories de citoyens qui exercent une profession non comprise dans les termes de la loi de 1884. » M. Loubet faisait observer qu'il fallait, étant donné que beaucoup de médecins étaient en même temps fonctionnaires, prendre certaines précautions et il se réservait de chercher avec la commission, dans l'intervalle des deux délibérations, les bases d'un accord « pour la conciliation de ces deux « intérêts, essentiellement respectables : l'inté-« rêt du corps médical et l'intérêt de l'Etat. » L'article 13 ayant été repoussé en première délibération à la majorité d'une voix, fut repris à la seconde avec l'addition du dernier membre de phrase, dont la rédaction seule alimenta la discussion. A aucun moment, le législateur ne se préoccupa de donner une autre limitation au droit qu'il accordait aux médecins de pouvoir bénéficier de la loi de 1884.

M. Loubet lui-même qui — l'avenir l'a prouvé — ne manquait pas d'une certaine autorité dans son parti, avait formellement indiqué que le droit qu'il s'agissait d'accorder aux médecins, consistait dans une extension des art. 2 et 3 de la loi de 1884 dont le premier autorise « les associations syndicales entre personnes exerçant la même profession, des métiers similaires ou *des professions annexes concourant à l'établissement de produits déterminés.* »

La Cour de cassation a eu tous ces documents sous les yeux. Ni les termes formels de la loi, ni les déclarations du ministre, chef du gouvernement d'alors, dans la discussion au Sénat, n'ont prévalu sur cet esprit retardataire et borné, inconsciemment hostile à toutes les libertés que la pression de l'opinion finit par arracher au profit des citoyens à l'usurpation de l'Etat et qui inspire, sauf d'honorables exceptions, tous les membres de la magistrature.

C'est la seule explication plausible que nous puissions donner du nouvel arrêt hostile aux médecins, dont la Cour de cassation vient de se rendre coupable — à moins qu'il faille s'en tenir, pour toute explication, au sentiment qu'exprime sur la justice un des personnages d'un drame de Victor Hugo, écrit en 1831.

Puis qu'en ce moment, il n'est question que de ce grand écrivain et que depuis l'année 1638, époque qu'il a dépeinte dans Marion Delorme, la justice n'a guère changé, apportons aussi notre tribut d'hommage au poète, en citant deux de ses vers, qui sont tout à fait en situation. Au commencement du V[e] acte, deux ouvriers travaillent à ouvrir une brèche dans un mur par où doit passer la litière du cardinal de Richelieu qui doit venir assister à l'exécution de deux jeunes gens condamnés à mort par la justice sur son ordre ; et échangent entre eux ces propos :

PREMIER OUVRIER.

Qu'ont donc fait ces seigneurs, qu'on les tue ? Hein, (Maurice, Comprends-tu cela, toi ?

DEUXIÈME OUVRIER.

— *Non. C'est de la Justice* !

G.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la Nièvre.

Circulaire du Président à ses collègues.

Très honoré confrère,

Vous avez reçu, à la fin de l'année 1901, une circulaire de la Préfecture relative au fonctionnement du service médical de l'assistance.

Nous y relevons notamment cette phrase : « Les communes pourront être autorisées à traiter à forfait, avec un ou plusieurs médecins pour le traitement de leurs malades. »

Soucieux de vos intérêts, le Syndicat des médecins de la Nièvre croit devoir vous mettre en garde contre les conséquences de cette note qui, visant l'économie, atteindrait surtout deux choses auxquelles nous devons tous tenir essentiellement : la liberté pour le malade de choisir son médecin dans un rayon déterminé, et l'égalité pour tout médecin dans le droit à traiter tout assisté qui fait appel à ses soins. Aux yeux de l'administration, nous devons être mis tous sur le même rang, du moment que nous avons accepté le tarif d'assistance élaboré par elle.

Nous espérons que vous ne voudrez pas créer un précédent fâcheux, en acceptant de traiter à forfait avec aucune municipalité, forfait étant ici synonyme de rabais. Ne devez-vous pas craindre, si vous croyiez devoir accepter ce rabais, que l'administration en tire la conclusion logique que, jusqu'ici, elle s'était montrée trop généreuse et que, s'appuyant sur cet exemple fâ-

cheux, elle abaisse les prix du tarif de l'assistance d'une manière générale.

Il est une autre conséquence que nous devons vous signaler, si vous acceptiez une réduction de ce tarif. Vous savez que, d'après la loi sur les accidents du travail, l'ouvrier blessé peut choisir son médecin, mais que, dans ce cas, le patron n'est tenu de payer les honoraires médicaux qu'au tarif de l'assistance : tout rabais consenti sur ce tarif profitera donc aux patrons et, par suite, aux puissantes et riches compagnies d'assurances qui les couvrent.

Nous espérons que, convaincu par ces considérations, vous n'hésiterez pas à repousser les sollicitations qui pourraient vous être faites dans ce sens.

Il y a un moyen, pour l'administration, de réduire des dépenses qu'elle juge trop lourdes, c'est de réduire le nombre des assistés : beaucoup de ceux-ci, vous ne l'ignorez pas, sont inscrits sur la liste d'assistance pour des motifs avec lesquels la misère n'a rien à voir.

Quant à nous, veillons à ce que nos prescriptions soient à l'abri de tout reproche : pas de dépenses superflues, mais réclamons pour notre tarif d'assistance le maintien du *statu quo*.

Le Président du Syndicat des médecins de la Nièvre,
Dr PANNÉ.
Membre du « Concours » et du « Sou médical ».

Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur.

11 janvier 1902.

Monsieur et Cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous rendre compte de notre Assemblée générale du 11 janvier dernier, et des propositions votées.

Etaient présents : MM. Astié, Baudrillier, Cholous, Coutand, Forst, Gandar, Gilbert, Levraud, Seigneur et Tabaraud.

I. — M. Princé, encaisseur du Syndicat, accepte les conditions qui lui ont été faites ; elles seront applicables depuis le 1er octobre 1901 ;

II. — M. le Dr Gilbert, Trésorier, expose la situation financière du Syndicat, dont l'avoir est à ce jour, de 715 francs 95 ;

III. — Il est procédé à la nomination du Bureau pour l'année 1902, par vote au bulletin secret des membres présents.

Sont élus :

MM. les Drs COUTAND, de Saumur, *Président* ;
FORST, des Rosiers, *Vice-Président* ;
LEVRAUD, de Saumur, *Secrétaire* ;
GILBERT, de Saumur, *Trésorier*.

— La prochaine Séance est fixée au *Samedi 8 février*, à 3 heures, à l'Hôtel-de-Ville.

ORDRE DU JOUR :

a) Affaires diverses ;

b) Nomination d'un Délégué du Syndicat chargé de voter en son nom pour le candidat choisi en remplacement du Dr Le Baron, membre du Conseil supérieur de la Mutualité, et décédé le 2 janvier dernier.

— Nous croyons devoir porter à votre connaissance qu'une Compagnie Assurance-Accidents a fait auprès d'un de nos confrères une tentative, en le priant d'être son seul médecin régional. Le refus énergique du confrère a été, selon son désir, envoyé à la dite Cie par les soins du Bureau du Syndicat, qui se propose d'agir ainsi toutes les fois qu'il en aura l'occasion, considérant que cette réponse officielle ne peut que montrer aux collectivités intéressées la solidarité professionnelle de tous ses membres.

Saumur, le 5 février 1902.

Le Secrétaire, Dr LEVRAUD.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les récentes distinctions accordées, nous relevons les noms des membres du « *Concours* » suivants :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bardet, (d'Anet), Bérillon (de Paris), Berton (de Triel), Blé (de La Roche-sur-Yon), Breucq (de Bayonne), Canu (d'Ardres), Caudron (de Paris), Godet (des Sables-d'Olonne), Hoël (de Reims), Laffargue (de La Tresne), Lacaille (de Paris), de Langenhagen) (de Plombières), Lereboullet (de Paris), secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, officier de la Légion d'honneur ; Lorimy (de Coulommiers), Mercier (de Paris), Millet (de Noyon), Pollet (de Douai), Petitfour (de Brienne), Riche (de Jeumont), Robert (de Paris), Schmütz (de Matha), Tissier (de Remiremont), Vaquier (de Villiers-sur-Marne), Vigouroux (de Paris) et Wemaere (de Wormhoudt).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Aubert (de Mondovi), Audouin (de Bordeaux), Barat-Dulaurier de (Saint-Antoine-sur-l'Isle), Baude (de Douai), Berthomier (de Moulins), Bertrand (de Domène), Bloch (de Paris), Breitman (d'Herbault), Broncquart (de Lumbres), Butruille (de Roubaix), Génac (de Lombez), Charpentier (de Neuvy-sur-Loire), Chayron (de Villefranche-de-Longchapt), Couatarmanach (de Saint-Méloir-des-Ondes), Crépel (de Paris), Darteyre (de Saint-Amand-Tallende), Decouvelaere (d'Hazebrouck), Descouleurs (de Droué), Dupont (de Valmont), Delarue (de Paris), Evrard (de Vernantes), Fabre (d'Astaffort), Faugère (de Faux), Faure (de Riom), Ferrand (de Marseille), Fournier (de Sigoulès), Girot de (Tillière-sur-Avre), Gouffier (de Neuilly-sur-Seine), Herland (de Rosporden), Jacquin (de Jouaville), Jaudou (de Juvigny), Lasne (d'Aix-en-Othe), Lasserre (de Bordeaux), Leneveu (de Trouville), Leturc (de Saint-Lô), Maurel (de Marseille), Mauny (de Saintes), Mézange (de Lassay), Michaux (de l'Isle-sur-le-Doubs), Milliot (de Chavanges), Ollivier (de Dinan), Passano (de Cognocoli), Rabourdin (de Voves) Reddon (de Sceaux), Reilhac (de Betz), Sanrey (de Batna), Segond (de Valbonne), Therre (de Vichy), Trémoureux (de Nort), Veillard (de Meung-sur-Loire) et Villeprand (de Paris).

Nous adressons à nos confrères nos plus sincères félicitations.

Les congrès de médecine. — *Le VIe Congrès français de Médecine* doit se réunir à *Toulouse*, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de M. le Professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Insuffisance hépatique. — Rapporteurs : MM. les Professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand).

2° Les Convulsions chez l'enfant. — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° Les médicaments d'épargne. — Rapporteurs : MM. les Professeurs Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liége).

Nota. — Les adhésions et demandes de renseignements peuvent être adressées à l'un des Membres du Bureau du Congrès, à Toulouse :

MM. les Drs Mossé, 36, rue du Taur ; Caubet, 44, rue d'Alsace-Lorraine ; Saint-Ange, 13, rue des Chapeliers ; Parant, 17, allées de Garonne.

La cotisation est de vingt francs pour les membres *titulaires* (docteurs en médecine), et de dix francs pour les membres *associés* (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation ou bien, s'ils le préfèrent, M. le Dr Parant, Trésorier, leur en fera présenter ultérieurement par la poste la quittance, augmentée de frais de recouvrement.

La tuberculose dans les lycées. — Faute de place, nous n'avons pas publié, à son apparition, la très intéressante étude de médecine pédagogique due à M. le Dr Baradat (de Cannes) et à laquelle la *Ligue de l'hygiène dans l'enseignement secondaire* donne un supplément d'actualité.

Dans ce récent travail, M. Baradat commence par exposer dans le détail et avec ordre les multiples dangers dont l'internat menace la santé des enfants, non pas seulement de ceux qui y apportent le germe de la tuberculose et dont la maladie évolue avec une rapidité effrayante, mais de ceux-là même qui entrent sains au lycée ou au collège. Car l'internat les affaiblit systématiquement en leur imposant une violation perpétuelle de l'hygiène, et les désarme contre la contagion qui les guette. Il ne suffit pas qu'on laisse le péril s'installer au cœur même de l'établissement, en ne défendant son accès par aucune visite médicale préliminaire. Il ne suffit pas que les maisons où nous entassons nos fils soient le plus souvent de vieux bâtiments délabrés, qui s'étouffent, sans air et sans lumière, au centre des agglomérations urbaines. Il faut de plus que les enfants soient confondus dans une promiscuité de chaque instant, tous, les tuberculeux et ceux qui ne le sont pas encore. Il faut qu'à l'intérieur même de leur prison, les enfants n'aient pas la liberté de respirer, ni de courir, ni de vivre. On les enferme entre quatre murailles dix heures par jour, courbés sur des tables de travail uniformes pour leurs tailles différentes. On leur commande l'immobilité, le silence, l'attention, on les fait ressembler à des animaux malades, car tous les êtres de la nature ne demeurent tranquilles que lorsqu'ils cessent de se bien porter. Les récréations, les promenades du jeudi et du dimanche, les exercices de gymnastique, ne sont que de vains simulacres et ne suffisent pas à l'épanouissement des organes trop longtemps comprimés. L'absence de propreté corporelle, le manque de précautions, les courants d'air froids des couloirs, au sortir des études surchauffées, atténuent encore la résistance vitale de l'enfant. Le repos de la nuit ne compense pas cette longue déperdition de forces : que de tuberculoses prennent naissance dans cet air non renouvelé des dortoirs, que chacun respire et renvoie à son voisin douze cents fois par heure ! Enfin, l'internat présente des causes morales d'affaiblissement physique : le surmenage qui accapare la force vitale au profit du cerveau, l'ennui et la tristesse qui empêchent l'organisme de réagir vigoureusement. Dans sa lutte contre ce régime meurtrier, l'interne épuise la vigueur qu'il devait réserver pour les épreuves de l'avenir : après la merveilleuse élasticité des années d'enfance, la tuberculose, trop souvent, l'attaque et l'abat.

Après avoir montré le mal, M. Baradat énumère les remèdes proposés, les encouragements officiels et les initiatives privées. Mais tous ces essais, ajoute-t-il, tous ces enthousiasmes demeureront de vaines forces tant qu'ils seront dispersés. Il faudrait que le public tout entier comprît qu'il existe, selon le mot de Spencer, une moralité physique, que la conservation de la santé est un de nos devoirs, tout préjudice volontaire à la santé un péché physique.

Hôpitaux et Facultés.

Des conférences d'anatomie, faites par M. Cunéo, agrégé ont commencé le vendredi 7 mars à 5 heures et se continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants au grand amphithéâtre de l'école pratique.

— M. le prof. Brouardel a commencé son cours de Médecine légale le 7 mars à 4 heures au grand amphithéâtre de la Faculté. Il les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Rémy, agrégé, a commencé des conférences de Pathologie interne, le vendredi 7 mars. Il les continuera au grand amphithéâtre de l'école pratique les lundis, mercredis et vendredis suivants à 6 heures du soir.

— M. le prof. Proust commencera son cours d'hygiène le mardi 11 mars à 4 heures au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis, samedis et mercredis suivants.

— M. J.-L. Faure a commencé un cours complémentaire de pathologie externe le vendredi 7 mars à 5 heures, amphithéâtre de la Faculté. Il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Richaud, agrégé, a commencé des conférences de pharmacologie le vendredi 7 mars, à 5 h. Il les continuera les lundis, mercredis, et vendredis suivants à l'amphithéâtre de pharmacologie.

— M. le prof. Gilbert commencera, le samedi 8 mars à 5 h., au grand amphithéâtre de l'École pratique, son cours de thérapeutique et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure, Programme : Médicaments. Régime. Art de formuler.

— Des conférences de physiologie faites par M. Langlois, agrégé, ont commencé le vendredi 7 mars à 4 h. amphithéâtre de pharmacologie et se continueront les lundis, mardis et vendredis suivants.

— M. le prof. Debove fera ses leçons de clinique tous les matins à 10 h. dans l'amphithéâtre de clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

Concours d'Internat. — Séance du 21 février. *Pathologie* : MM. Calvé, 11 ; Vaias, 5 ; Barthélemy, 8 ; Darré, 12 ; Nathan, 8 ; Delbos, 6 ; Dubois (Paul) 10 ; Priedel, 8 ; Absents : Guérin, Beaupré.— Séance du 22 février. *Anatomie* : MM. Taguet, 9 ; Gravelotte, 7 ; Cornélius, 5 ; Berthaux, 7 ; Grosset, 3 ; Rouhier, 6 ; Simon, 7 ; Raboudin, 9 ; Bernheim, 5 ; Landowsky, 7. — Séance du 24 février. *Pathologie* : MM. Ledou, 4 ; Descamps, 9 ; Martin, 6 ; Bouchot, 9 ; Algret, 11 ; Israëls de Jouy, 4 ; Flourens, 9 ; Madelaine, 2 ; Tanon, 8 : Absents, Gabail, Onfray. — Séance du 25 février. *Anatomie* : MM. Boudet, 5 ; Deglos, 8 ; Poisot, 5 ; Vicq, 8 ; Lutaud, 9 ; Mary, 6 ; Mousette, 11 ; Cailliau, 6 ; Jucquelier, 7 ; Aubin, 8. — Séance du 26 février. *Pathologie* : MM. De Lacombe, 10 ; Préciado, 7 ; Perpère, 9 ; Coutelas, 8 ; Sauvé, 13 ; Fruictier, 6 ; Rivet, 9 ; Billon, 5 ; Gaillard, 8 ; Fabre, 4 : Absent M. Leselle.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4799. — M. le docteur Bloch, de Paris, membre de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

N° 4800. — M. le docteur Galba, des Andelys (Eure), présenté par le docteur Desnos, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Delaurier, de Chevagnes (Allier), et de Montgolfier, d'Annonay (Ardèche) : membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 11 15 MARS 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La paille et la poutre entre la presse et les médecins.

Vous rappelez vous, chers confrères, les grandes indignations de la non moins Grande Presse quand les Syndicats médicaux, par hasard et trop rarement, manifestèrent d'une façon quelque peu publique la résolution de faire respecter un de nos droits professionnels? On voyait s'agiter tous ces pantins, qui brandissaient les beaux mots d'intérêt public, d'humanité, de glorieuses traditions, etc. Le troupeau des lecteurs, avec eux, sommait l'Etat de mettre à la raison ces médecins syndiqués, qui ne voulaient plus être volés sans protester ; et bientôt, en effet, quelque Dupuy levait la férule, et, trop souvent, nos pasteurs officiels, à nous médecins, tendaient courageusement le dos pour recevoir le knout.

Eh bien! voyez comment les choses se passent quand quatre kiosques parisiens ont porté préjudice à cette arche sainte des journalistes qui se nomme Syndicat (tout bêtement), et qui se compose des apôtres du désintéressement auxquels nous devions les levées de boucliers dirigées contre nous.

Voici ce qu'écrivent M. de Cassagnac et l'escouade de dignitaires qui l'environnent à tous les Directeurs des Grands Journaux :

Syndicat de la Presse Parisienne.

Monsieur le directeur et cher confrère,

Comme nous tous, vous connaissez les errements d'un trop grand nombre de tenancières de kiosques et de libraires qui louent les journaux à eux confiés pour la vente et nous les rendent ensuite comme invendus.

Le comité de votre syndicat s'est occupé, à plusieurs reprises, de remédier à ce déplorable état de choses et il s'est décidé récemment, vous le savez, à vous demander, à titre d'exemple, la mise en interdit des kiosques nos 131, 172, 213 et 246.

Cette décision, qui a été unanimement approuvée par tous nos confrères, et *rigoureusement exécutée par eux*, a produit l'effet le plus salutaire. Mais il y a plus ! M. le Préfet de la Seine et M. le Préfet de Police ont pris énergiquement en mains la défense de nos droits et nous avons le devoir de leur exprimer publiquement nos plus chaleureux remerciements.

L'intervention de l'administration préfectorale a été motivée d'ailleurs de la façon la plus normale par le texte même du paragraphe 4 du règlement d'autorisation, lequel est ainsi conçu : Le Préfet autorise M. . . . . . à occuper le kiosque n°. . . .. pour y vendre des journaux, à la condition de ne pas exercer dans le kiosque d'autre industrie que celle de la vente des journaux et de n'en louer aucun, sous peine de révocation immédiate, sans préjudice des poursuites qui pourraient être exercées par l'autorité judicaire.

Aussi M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, d'accord en cela avec votre comité, n'ont-ils pas hésité à prendre les décisions suivantes:

Les gérantes des kiosques nos 172, 213 et 246 seront remplacées à partir du 15 février ; la titulaire du kiosque n° 131 sera mise à pied et son kiosque fermé du 10 au 15 février.

D'autre part, votre comité est absolument décidé à mettre fin à un abus qui, en violation formelle des conditions d'autorisation, dure depuis trop longtemps et met en péril les intérêts matériels de la presse parisienne tout entière. Il se permet donc de compter, au sujet des mesures ultérieures de coercition qu'il peut avoir à décider, sur votre concours et sur la solidarité professionnelle que vous venez de prouver récemment, et une fois de

plus, par la mise en interdit des kiosques incriminés. Nous vous demandons aujourd'hui de porter à la connaissance du public et des intéressés, par l'insertion de cette lettre en bonne place, les décisions administratives et aussi notre intention formelle d'intervenir résolument chaque fois que des contraventions seront relevées contre des titulaires ou tenancières de kiosques et des libraires.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur et cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le comité :

Paul de Cassagnac, président ; de Nalèche, secrétaire ; Poidatz, trésorier ; Pierre Baragnon, Georges Berthoulat, Pierre Giffard, Arthur Meyer, Roussel, Sabatier, Victor Simond.

Vous avez bien lu, bien compris, n'est-ce pas, chers lecteurs ? Eh bien ! supposez que le syndicat médical de Paris aille demander aux préfets de la Seine et de police de partir en guerre contre les kiosques d'exercice illégal qui s'appellent Institut Drouet et autres Guillaume de Ronval ; entendez-vous d'ici les cris d'orfraie des journalistes qui vivent de cette publicité frauduleuse ? leur rage contre les Syndicats médicaux ? Voyez-vous à quelle sauce ils accommoderaient M. Lépine, M. de Selves, ou les membres du Parquet, s'ils faisaient mine de s'acquitter de leur devoir ? Nous le savons pour l'avoir déjà vu en plus d'une circonstance.

Sont-ils assez logiques ces farceurs-là ? Et faut-il que nous soyons simples quand nous nous laissons émouvoir par leurs tartines de commande !

Mais, de grâce, tournez-vous donc souvent, Messieurs les journalistes, comme vous venez de le faire, pour qu'on puisse examiner vos deux faces. Et quand vous vous serez ainsi montrés ce que vous êtes, apprenez, avant de parler : 1° à vous connaître vous-mêmes, 2° à vous taire si vous ne savez pas le premier mot du sujet que vous abordez.

Alors les médecins pourront peut-être, une fois par hasard, accepter une leçon de vous. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Arsynal.

M. le Dr *A. Gautier* poursuit les recherches qu'il a déjà conduites avec tant de succès dans la voie des composés organiques de l'arsenic, et, après les cacodylates, dont il a fait une étude très complète, il propose d'employer un nouveau corps arsenical, l'*arsynal*, qui vient de lui donner des succès encore plus remarquables. Cette substance s'emploie aux mêmes doses que le cacodylate (cinq à dix centigrammes), et se prend en granules ou en solution : elle a l'immense avantage de n'être ni toxique, ni odorante pour l'haleine. Elle est particulièrement active chez les anémiques, convalescents, néoplasiques, et même chez les tuberculeux ; mais, chez ces derniers, il faut de la prudence et de la modération.

L'arsynal est un méthylarsynate disodique tandis que le cacodylate est un diméthylarsynate sodique.

« Cette différence infime dans la formule est cependant profonde si l'on considère les propriétés physiques et chimiques des deux corps.

« L'arsynal a une composition chimique telle qu'il ne peut donner aucun produit secondaire et qu'il passe intact dans le torrent circulatoire.

« Le cacodylate, au contraire, donne par décomposition dans l'estomac de l'oxyde de cacodyle, corps éminemment toxique et qui est la cause de tous les méfaits qu'on lui a reprochés, à savoir : l'odeur d'ail, les troubles gastriques et l'action nocive sur le rein, qui obligeaient à recourir uniquement à la voie sous-cutanée.

« Aussi M. Armand Gautier a-t-il pu dire avec raison que le méthylarsynate de soude avait tous les avantages du cacodylate sans en avoir les inconvénients.

« L'arsynal est un corps blanc, cristallisant dans le système prismatique, s'effleurissant à l'air en perdant son eau de cristallisation. Desséché à 120 degrés il n'éprouve pas de fusion jusqu'à 300 degrés. A cette température seulement il se décompose sans fondre, avec mise en liberté d'arsenic métallique.

« Cristallisé dans l'eau et non desséché, il fond à 130-140 degrés.

« L'arsynal est très soluble dans l'eau à chaud et à froid, à peine soluble dans l'alcool concentré. Il est insoluble dans l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, l'éther de pétrole et les autres dissolvants neutres. Il est également insoluble dans l'huile.

« Chauffé jusqu'à 300 degrés il ne dégage aucune odeur d'ail. Il en résulte que ses solutions peuvent être facilement stérilisées sans crainte de décomposition

« Absorbé par voie buccale il ne subit, sous l'influence des ferments digestifs aucune réduction et passe directement sous forme de $CH^3AsNa^2O^3$ dans le torrent circulatoire.

Le tableau ci-dessous, que nous empruntons à la *Gazette des Hôpitaux*, donne, résumés comparativement, les caractères de chacun des deux corps et permettra au point de vue analytique de les différencier entre eux.

RÉACTIFS	MÉTHYLARSYNATE DISODIQUE ou *Arsynal*.	DIMÉTHYLARSYNATE SODIQUE ou *Cacodylate*.
Tournesol	Bleuit le papier rouge de tournesol.	Neutre.
Azotate d'argent	Précipité blanc en petites aiguilles de méthylarsinate d'argent insoluble dans l'eau.	Pas de précipité.
Sulfate de cuivre	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Acétate neutre de plomb	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Sous-acétᵗᵉ de plomb	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Bichlorure de mercure	Précipité rouge brique d'oxyde de mercure.	Pas de précipité.
Nitrate mercureux	Précipité blanc.	Précip. blanc, mais devenant presque immédiatement jaune.
Chlorure de calcium	Rien à froid : à l'ébullition précipité abondant d'écailles blanches.	Pas de précipité, ni à chaud ni à froid.
Azotate de cobalt	Précipité violacé.	Pas de précipité.
Sulfate de nickel	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Sulfate de manganèse	Précipité couleur chair.	Pas de précipité.
Sulfate de fer ammoniacal	Précipité vert.	Pas de précipité.
Perchlorure de fer	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure d'or	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure de platine	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Hydrogène sulfuré	Pas de précipité.	Pas de précipité.

Chirurgie chez les diabétiques.

D'après une récente thèse de M. le Dr L. *Janin*, de Senlis, le diabète, maladie générale, retentit sur la nutrition des tissus en la ralentissant, en diminuant leur force de résistance aux agents infectieux et leur faculté de régénération. Depuis le début de leur maladie, où ils sont placés à peu près dans les mêmes conditions que les sujets sains, jusqu'à leur mort, à moins, bien entendu, qu'un traitement approprié ou une réaction salutaire de l'organisme ne produise une amélioration passagère ou durable, les diabétiques voient leur force de résistance diminuer peu à peu ; il est donc un moment où ils sont à la merci des agents infectieux, où leurs tissus, s'ils peuvent encore vivre, ne peuvent plus lutter, ni se régénérer ; ce moment, qu'il est de la plus haute importance pour le chirurgien de pouvoir reconnaître, nous avons un moyen clinique très simple et très fidèle de l'apprécier, la disparition des réflexes normaux, et en particulier du réflexe rotulien, le plus facile à rechercher.

Tant que le diabétique ne sera pas à cette phase de sa vie, on pourra donc l'opérer ; comme malgré tout, il court toujours un peu plus de risques que d'autres, on s'abstiendra chez lui de toute opération de complaisance, s'en tenant à celles de première nécessité.

On l'opérera le plus aseptiquement possible en ne donnant à accomplir à ses tissus qu'un seul travail, celui de la cicatrisation des plaies, en leur évitant toute attaque des agents infectieux, tout surcroît de travail, par conséquent. On attendra, et on traitera la maladie générale, si les réflexes abolis montrent que la défaite est certaine.

On évitera l'emploi des antiseptiques, particulièrement de ceux qui sont caustiques, pour ne pas diminuer la force de résistance cellulaire.

Dans tous les cas d'affections septiques, on s'inspirera des mêmes principes, *en se basant toujours sur l'état des réflexes* ; certaines interventions seront toujours nécessaires, les ouvertures de phlegmon, par exemple ; mais, autant que possible, le bistouri sera délaissé, et on se contentera d'un traitement non sanglant, dont les compresses humides, les pulvérisations d'eau bouillie ou d'antiseptiques très faibles seront la base ; l'observation montre en effet que toute irritation précipite le sphacèle des tissus, et que les plaies de ces malades se comportent d'autant mieux qu'on les irrite moins. Puis, si nous sommes en mesure d'apprécier le moment où la nutrition est devenue insuffisante, rien ne nous indique si cette heure n'est pas près de sonner.

C'est la gangrène, l'élimination des lambeaux musculaires ou cutanés que l'on devra chercher à éviter, en limitant l'infection, en traumatisant juste autant qu'il faut, pour qu'elle ne se propage pas ; c'est le travail de régénération que l'on devra protéger en évitant toute irritation intempestive aux cellules, par les antiseptiques et par les traumatismes chirurgicaux.

Stigmates obstétricaux de la dégénérescence

M. le Dr *Henri Larger* a étudié, dans sa thèse inaugurale, les stigmates obstétricaux de la dégénérescence qu'il propose d'ajouter aux stigmates physiques et aux stigmates moraux psychiques et névropathiques. Par stigmates obstétricaux, il faut entendre 1° *tout ce qui, dans la conception, la grossesse et l'accouchement, s'écarte du type physiologique*, à savoir :

a) *Anomalies de la conception* : stérilité, gémellité, grossesse ectopique ;

b) *Anomalies de la grossesse* : toutes les anomalies placentaires, telles que : hémorragie, placenta prævia, multilobé, adhérences, etc. ; toutes les anomalies des membranes en général : rupture prématurée, non-rupture (accouchement œuf entier), môle hydatiforme, hydramnios ; toutes les anomalies du cordon ; insertion vélamenteuse, brièveté, allongement, circulaires, etc. :

c) *Anomalies de l'accouchement* : avortement et accouchement prématuré ; grossesse prolongée ; procidences ; *toutes les présentations et positions autres que l'OIGA*.

2° De plus, *tout ce qui constitue les intoxications et infections puerpérales, telles que l'éclampsie et la phlegmatia alba dolens post partum*, rentrent dans le même cadre, en ce sens que ces affections ne se développent que sur un *terrain de dégénérescence*, quel que soit, d'ailleurs, l'agent de l'intoxication ou de l'infection.

C'est à l'ensemble des anomalies de la gestation et de ces affections puerpérales spéciales que R. Larger a donné le nom de : *Stigmates obstétricaux de la dégénérescence*.

Or, voici ce que M. Larger conclut de ses études : 1° LA LOI DE L'ACCOMMODATION DE PAJOT, attribuant l'origine des présentations anormales à des causes uniquement maternelles et purement mécaniques, EST ERRONÉE ;

2° LES THÉORIES NOMBREUSES ET SOUVENT CONTRADICTOIRES DES DIVERSES ANOMALIES OBSTÉTRICALES n'ont — et encore dans certains cas seulement — qu'un rapport TRÈS SECONDAIRE avec les faits ;

3° *La cause première de toutes les anomalies obstétricales c'est-à-dire de tout ce qui, dans la conception, la grossesse et l'accouchement, s'écarte du type physiologique, réside uniquement dans la dégénérescence héréditaire ou acquise dont ces anomalies ne sont qu'autant de manifestations.*

En conséquence, les anomalies de la gestation sont héréditaires, même par les mâles, soit par hérédité homologue, soit par hérédité dissemblable ;

4° *Il en est de même de certaines infections ou intoxications puerpérales : l'éclampsie et la phlegmatia* ; elles peuvent donc se transformer héréditairement, soit entre elles, soit avec les anomalies de la gestation, soit avec les autres tares dégénératives ;

5° *Il en résulte qu'à côté des stigmates dégénératifs physiques et moraux il existe des stigmates obstétricaux* se transformant par l'hérédité avec les premiers, s'identifiant absolument avec eux et complétant ainsi le cadre nosologique de la dégénérescence ;

6° Enfin, ces nouveaux stigmates permettent de retrouver, dans certaines générations ou chez certains individus, les anneaux qui semblent manquer parfois à la chaîne de l'hérédité. L'action de la dégénérescence, s'exerçant sur une fonction aussi primordiale que la gestation, se traduit par des tares obstétricales qui marquent

chacune, avec un caractère plus accentué encore que ne l'est celui des tares physiques et morales, une étape importante et souvent décisive vers la STÉRILITÉ DE L'INDIVIDU, vers l'EXTINCTION DE LA RACE : fins dernières de toute dégénérescence. »

MÉDECINE PRATIQUE

Les phlébites.

On donne le nom de phlébite à toute inflammation veineuse même légère : la phlébite se manifeste, en général, par un double processus anatomique : 1° l'inflammation même de la paroi du vaisseau ou phlébite proprement dite ; 2° la coagulation du sang au niveau de la paroi enflammée ou thrombose.

Au point de vue pathogénique, on peut incriminer deux causes différentes : 1° la thrombose primitive ou coagulation sanguine microbienne qui provoque secondairement l'inflammation des tuniques veineuses (théorie de Virchow) ; c'est le cas des phlébites profondes, *phlegmatia alba dolens)* 2° l'inflammation des tuniques vasculaires qui est primitive, et qui provoque la thrombose ; c'est le cas des phlébites chirurgicales ou traumatiques infectieuses.

I

SYMPTÔMES ET FORMES.

La phlébite se montre généralement chez les variqueux, chez les femmes enceintes ou en état puerpéral, chez les convalescents de fièvres graves (dothiénentérie, pneumonie, grippe, diphthérie, variole, rhumatisme, blennorrhagie, scarlatine), ou enfin chez les cachectiques cancéreux ou tuberculeux.

La première manifestation de la phlébite est *l'œdème*. Cet œdème est presque toujours indolent au début et il peut même se faire qu'il reste indolent pendant une grande partie de l'évolution de la maladie : cela est rare, d'ailleurs. L'œdème de la phlébite est généralisé à toute la périphérie de la région tributaire de la veine : il est dur, blanc (phlegmatia alba), légèrement marbré de sillons bleus ou violacés, sans élévation appréciable de la température. Le plus souvent la pression digitale est douloureuse, surtout dans les régions qui correspondent aux veines malades, le long du sterno-mastoïdien (au cou), en dedans du bras et en avant de l'avant bras (au membre supérieur), à la partie interne de la cuisse et en arrière du mollet et du jarret (au membre inférieur). L'œdème de la phlébite est habituellement incompressible et la pression n'y détermine pas de godet persistant comme dans les œdèmes inflammatoires ou par stase capillaire. D'ailleurs, cet œdème n'est pas localisé à la peau, il est infiltré dans toute la masse du tissu cellulaire intermusculaire et provoque une augmentation de volume uniforme de tout le membre atteint. C'est ainsi que l'on a pu diagnostiquer à coup sûr l'existence d'une phlébite chez des sujets qui ne s'en doutaient nullement (rhumatisme, grippe, fièvre typhoïde, état puerpéral), rien que par l'examen superficiel des membres nus, en les comparant l'un avec l'autre ; le membre malade est très notablement augmenté de volume et de tension des téguments.

La peau est lisse, luisante et les formes des muscles sont totalement effacées : le membre supérieur, aussi bien que le membre inférieur, est cylindrique, uniformément rond, comme si tous les muscles, vaisseaux et nerfs étaient coulés dans une masse de cire.

Outre l'œdème, la phlébite se traduit par une *douleur* plus ou moins vive (*phlegmatia alba dolens*) sur le trajet des veines atteintes. La douleur est généralement provoquée par les mouvements actifs ou passifs, et par la pression manuelle, même modérée. Les mouvements sont très gênés par l'œdème et par la douleur ; le membre malade paraît lourd et pesant, comme s'il était chargé d'un plomb énorme. La palpation sur le trajet des principaux troncs veineux permet de constater la présence de traînées plus ou moins allongées correspondant aux caillots et aux thromboses des veines malades. Quelquefois, le cordon dur est très douloureux et ne peut être qu'à peine effleuré du doigt ; d'autres fois, la douleur est moins vive et permet de faire une exploration méthodique et prudente de la veine thrombosée. On dirait un vaisseau injecté de cire ou de suif, comme dans une préparation anatomique. Le caillot est tantôt limité à une étendue de 3 ou 4 centimètres, tantôt répandu dans la totalité de la longueur du vaisseau (axillaire-humérale, saphène interne, poplitée saphène externe, iliaques primitive et externe).

L'exploration de ces caillots doit toujours être faite prudemment, car une pression intempestive pourrait fragmenter les caillots et en favoriser le cheminement intra-vasculaire, c'est-à-dire provoquer une embolie. Toute embolie peut remonter au cœur ou aux poumons et, par conséquent, peut provoquer la mort subite.

C'est cette terrible complication qui rend la phlébite si grave et si effrayante. Tout mouvement brusque exécuté par le malade, redressement, marche, descente d'escaliers, exercice d'escrime, de saut, de danse, ou tout effort provoqué par l'explorateur, en examinant le membre malade et en le palpant, est une circonstance dangereuse pouvant favoriser la fragmentation du thrombus et provoquer en quelques minutes la mort subite. Il n'y a pas d'année où on ne communique à une société savante quelconque l'observation de plusieurs malades ainsi emportés brusquement en pleine convalescence ou en pleine vigueur, par une embolie provenant d'une phlébite.

La phlébite a une évolution qui varie entre 6 semaines à 6 mois. Ce n'est que par une exploration plusieurs fois répétée que l'on pourra se rendre compte de la marche de l'affection et des permissions à accorder au malade sans danger. Peu à peu, le caillot se ramollit et se résorbe, en même temps que l'inflammation des tuniques disparaît ; l'induration et la douleur diminuent ; quant à l'œdème, il se ramollit aussi progressivement et la circulation se rétablit.

On distingue un certain nombre de formes de phlébite : 1° la forme aiguë, nettement infectieuse, accompagnée de fièvre de 38° à 39°5, provoquée par le rhumatisme, la fièvre puerpérale, la scarlatine, la tuberculose aiguë ;

2° la forme traumatique, également aiguë et fébrile, due à une plaie veineuse par instrument

piquant, coupant ou contondant, par une esquille ou un fragment osseux fracturé, ou par un projectile ; 3° la forme lente, subaiguë, prolongée des variqueux (saphène interne ou saphène poplitée externe) ; 4° la forme cachectique des cancéreux (*phlegmatia alba dolens* des néoplasmes de l'estomac (Trousseau), des tuberculeux, des pyohémiques et des amyloïdes dégénérés.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la phlébite, qui est d'une facilité remarquable, quand on tient compte des symptômes que nous avons décrits longuement. Les œdèmes d'asystolie, de stase capillaire, de compression, d'albuminurie sont mous, dépressibles, non uniformes et non accompagnés de cordons indurés sur le trajet des veines : l'œdème angioleucitique et lymphangitique se traduit par une rougeur diffuse et par un empâtement douloureux superficiel, avec élévation de température.

Le point important est de faire un diagnostic précoce pour donner au malade d'utiles conseils au sujet du traitement et des contre-indications (immobilité, absence de frictions).

II

Traitement.

Pendant de longues années, le traitement des phlébites a consisté presqu'exclusivement, comme pour les fractures, dans l'immobilisation absolue avec élévation du membre malade, légère compression ouatée et douce expectation.

Ce traitement n'est peut-être pas bien dangereux, mais il est un peu trop nul et cet abandon complet à la nature du soin d'opérer la guérison ressemble vraiment trop à une abdication pure et simple.

Voici le traitement actuellement préconisé par M. le Dr *Hirtz*, dans la *Rev. gén. de clin. et de thérap.* :

A la période de début, immobilisation classique dans une gouttière matelassée d'ouate, dans une gouttière de Bonnet en cas de phlébite double.

Durée variable, le chiffre fatidique de six semaines sera parfois dépassé.

Comme topiques locaux, rejeter les pommades iodurées, les onguents mercuriels. Prescrire une pommade largement morphinée lorsque la douleur, comme dans certaines formes de phlébites à type névralgique, empêchera les malades de dormir.

Les applications humides ont été recommandées depuis de longues années. Reicheneau propose de les glacer comme moyen sédatif.

De même que M. Pinard, M. Hirtz a recours à des compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'eau sédative coupée au tiers, — et, si la peau n'est pas tout à fait intacte, à l'eau blanche.

Pendant la période d'état, au bout de trois semaines, on peut, avec avantage, sortir le membre malade, sans secousse, de la gouttière, l'entourer d'une forte couche d'ouate et pratiquer la compression élastique au moyen de bandes de crêpe Velpeau. La compression aura pour effet de faire disparaître plus rapidement l'œdème.

L'hamamelis virginica peut être employé sans inconvénient, mais aussi sans avantage bien démontré, tout au moins pendant la période aiguë.

On le prescrira sous forme d'extrait sec à la dose de 0 gr. 10 par jour.

La teinture se donnera à la dose de X gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Dujardin-Beaumetz prescrivait la potion suivante :

Sirop d'éc. d'oranges amères.... } Extrait fluide d'hamamelis...... }	ââ 50 gram.
Teinture de vanille..............	XX gouttes

A prendre par cuillerées dans la journée.

Quand il s'agit de phlébite blennorrhagique, M. Hirtz emploie la pommade suivante :

Ichthyol....................	10 gram.
Lanoline.................. } Vaseline................. }	ââ 50 —

La phlébite syphilitique, à la période secondaire, est heureusement influencée par le traitement mercuriel.

A la période tertiaire, l'iodure à dose massive est indiqué.

Dans la phlébite goutteuse, on aura recours aux pilules suivantes :

Poudre de sem. de colchique......	1 gramme.
Sirop de guimauve................	3 —
Extrait de digitale...............	0 gr. 40 c.

Pour 20 pilules ; 1 par jour.

Ou bien encore on prescrira la teinture de semences de colchique (vingt à cinquante gouttes en 24 heures).

M. Hirtz n'est pas partisan de la massothérapie dans la phlébite : il n'en parle que pour recommander une très grande prudence dans son application.

A la période *terminale*, dit-il, la puissante action de la massothérapie a été mise en évidence par Ludwig et ses élèves, par van Mosengeil, par Anders Wirde, directeur de l'Institut orthophédique de Stockholm.

« Je recommande, comme ce dernier, dit M. Hirtz, le parti de la prudence pour le choix du moment où le massage devra être pratiqué.

Le massage ne sera pratiqué que sur les zones situées en dehors de la zone phlébitique, en allant progressivement, par pressions douces et continues. On le réservera aux seuls cas de phlébite où le membre atteint restera tuméfié, où les tissus se maintiendront œdématiés et épaissis, et dans les cas de déformation en équin par pied bot phlébitique, et surtout aux troubles trophiques musculaires.

« On ajoutera au massage les mouvements passifs, très recommandés par l'école suédoise. Après chaque séance, Jaeger conseille d'appliquer autour du membre une bande élastique légèrement serrée et d'en continuer l'usage pendant quelque temps après la guérison.

« Je ne vous parlerai que pour mémoire des tentatives audacieuses du morcellement du caillot dès le début de la phlébite. C'est de la haute école que je ne vous engage pas à essayer.»

Ces opinions sont battues fortement en brèche aujourd'hui par M. le Dr Vaquez et M. le Dr Dagron.

« Il faut considérer qu'un phlébitique est susceptible d'être mobilisé sans crainte, quand on a la certitude qu'il n'a présenté aucun état général, aucune température anormale depuis une huitaine de jours. Comme c'est le temps nécessaire à l'évolution du caillot, s'il existe une phlébite récidivante, il serait téméraire de commencer par la mobilisation pendant la période où le

caillot n'adhère que faiblement à la paroi veineuse.

« Aussi est-il préférable de connaître le malade depuis le début de l'affection, non seulement parce qu'on peut lui appliquer de suite un traitement rationnel qui lui évitera l'ankylose, la raideur musculaire, etc., mais aussi parce qu'on peut mieux saisir par l'examen de ses symptômes généraux, et surtout de la température, le moment où on peut intervenir sans aucun danger.

« Le principe est le suivant : une phlébite isolée évolue en une huitaine de jours, ou tout au moins l'évolution microbienne et la réaction inflammatoire est de 8 jours environ. A la fin de cette période, le caillot adhère à la paroi du vaisseau. Le résultat est le suivant : une veine est oblitérée, les collatérales, les adjacentes vont se dilater pour remplacer celle qui a été annulée.

« La circulation voisine est donc défectueuse, on l'aide par la contraction musculaire qu'on réveille, par la mobilisation des membres en amont. C'est pour cela qu'il faut, dès la deuxième semaine, conseiller quelques mouvements des jambes et des pieds. Un mouvement est dangereux, la flexion du bassin, on l'évite jusqu'à la fin du traitement.

« Au bout de 15 jours, s'il n'y a eu aucune poussée phlébitique secondaire, on peut faire plus de mobilisation, et même les médecins expérimentés peuvent masser les zones musculaires des membres inférieurs.

« Peu à peu, on lèvera le malade, pour qu'il soit tout à fait valide au bout du mois. A ce moment, il existe de l'œdème aux malléoles surtout le soir.

« Cet œdème disparaîtra progressivement ; en tous cas, il ne doit jamais inquiéter ; car il faut recommander aux malades, surtout aux jeunes, de ne pas porter de bas à varices, car ce serait entraver l'éducation de la circulation veineuse inférieure, et plus tard, les malades ne pourraient plus se passer de cette compression.

« Tout ne se passe pas toujours aussi simplement, je le pense tout au moins, car je n'ai pas eu de récidives avec la méthode de mobilisation précoce ; mais, on peut supposer qu'il y aura quelquefois, en dépit de ce traitement, des phlébites secondaires, des phlébites qui donneront à la maladie l'allure des phlébites à marche lente et chronique. Il existe un symptôme très précis qui doit guider votre intervention, l'absence de température, l'absence de phénomènes généraux. C'est pour ne pas avoir interrogé le thermomètre qu'on a eu de si graves accidents. Il faut donc, en cas de récidive, attendre la chute de la température, surveiller le malade quelques jours, puis le mobiliser.

« En résumé, la phlébite se présente à nous suivant trois aspects. C'est une phlébite toute récente, que nous devons soigner : donnons le temps au caillot d'adhérer à la paroi, puis mobilisons le membre malade sans crainte, dans le but d'éviter de nouvelles phlébites, et les impotences secondaires aux immobilisations.

« C'est une phlébite à peu près guérie ; méfions-nous ; il y a eu plusieurs poussées. Interrogeons le thermomètre, et après 8 jours d'état général normal, commençons le traitement de la phlébite.

« Il est, au contraire, des cas où les malades, qui nous sont confiés, présentent encore des symptômes de phlébite mal définie. Il y a un peu de fièvre, le gonflement des jambes existe encore, non seulement après la station verticale, mais dans le décubitus dorsal ; les régions correspondant aux veines superficielles et profondes (saphènes, fémorales, poplitées, tibiales), sont encore indurées et sensibles au toucher. Ce sont des malades que je qualifierai de dangereux : ils sont peut-être en pleine évolution d'une phlébite récidivante, et quoique arrivés à leur quatrième ou cinquième mois, ils sont susceptibles de faire des embolies pulmonaires, comme l'expérience le démontre. »

« En ce qui concerne la période terminale de la phlébite, tout le monde est d'accord sur la nécessité de recourir au massage pour lutter contre les suites de l'immobilisation trop prolongée ; ankyloses, atrophies, rétractions ; car les veines ont fait depuis longtemps leur évolution pathologique, et s'il y a encore à aider l'éducation veineuse, il n'y a plus à craindre de segmentation de caillots. »

Dans la période de convalescence. — C'est surtout au traitement hydrominéral que l'on devra s'adresser ; c'est à ce moment qu'il devient une méthode de choix. Les bains salés à domicile, chargés de 4 à 5 kilogrammes de gros sel gris, rendent de réels services et hâtent la résolution de certains œdèmes tenaces persistant pendant des semaines et des mois, après la guérison apparente de la phlébite. Ils activent la nutrition des membres, réveillent la tonicité musculaire et diminuent, s'ils sont longtemps continués, les chances de récidives.

Leur durée sera de vingt à quarante minutes, leur fréquence de trois à quatre par semaine. A la sortie du bain, il sera sévèrement interdit de marcher ; on prescrira le décubitus horizontal, pendant une demi-heure au moins.

M. Hirtz, dans son étude sur le traitement des phlébites anciennes et sur leur prophylaxie, signale quelques stations d'eaux minérales naturelles très efficaces et de boues thermales non moins utiles, principalement, dans certaines formes chroniques de phlébites variqueuses.

« Ces eaux et ces boues sulfureuses réveillent la vitalité, stimulent l'irrigation des tissus et activent la nutrition du membre. »

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate.

Par le Dr E. Desnos,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les méthodes anciennes, celles qui ont fait leurs preuves depuis longtemps, restent aujourd'hui encore la règle dans le traitement des prostatiques : le cathétérisme, méthodiquement pratiqué et bien conduit, rend de tels services que beaucoup de praticiens se demandent où sont les indications des opérations chirurgicales pour ces malades. Il ne doit y avoir de doute

pour personne, en effet, quand le cathétérisme est suffisant et procure un soulagement aux malades en même temps qu'une amélioration des lésions. Mais il est un grand nombre de prostatiques chez lesquels cette évacuation, même régulière et très répétée, ne produit aucune amélioration, chez qui la rétention augmente et les lésions vésicales s'organisent. A ceux-là un traitement radical est appelé à rendre de grands services, à condition qu'il soit judicieusement choisi et institué ; dès maintenant, la proportion des succès est telle que les applications de ce traitement radical se multiplient et on peut dire qu'il est entré dans la pratique courante.

Que de moyens n'a-t-on pas cherchés pour obtenir une cure radicale? Nous sortirions des limites qui nous sont imposées rien qu'à vouloir les énumérer. Mais un travail d'élimination s'est fait rapidement. Aujourd'hui les méthodes indirectes sont presque partout abandonnées. On doit cependant faire une exception pour les opérations qui portent sur l'appareil testiculaire, quoique la vogue dont ait joui la castration ait bien vite cessé ; la raison en est que cette opération se borne à produire une décongestion de la prostate et de la vessie, résultat essentiellement temporaire. On a surtout remarqué que les opérations plus parcimonieuses que la castration, celles dans lesquelles on ne s'attaque qu'aux éléments du cordon, la vasectomie par exemple, donnait des résultats sensiblement comparables, aussi dans les cas où la congestion paraît seule en cause, lorsque la prostate n'est développée ni du côté rectal, ni du côté vésical, et que cependant il existe de la dysurie, la vasectomie, opération innocente, peut être pratiquée et on est en droit d'en espérer quelque soulagement.

Mais les procédés qui s'adressent directement à la tumeur prostatique paraissent seuls devoir être conservés. Eux-mêmes sont multiples ; ils peuvent être rangés en deux grandes catégories suivant qu'ils visent l'ablation totale de la prostate ou seulement les parties des lobes médiant ou latéraux qui proéminent au col vésical. A part quelques exceptions rares, la prostatectomie totale se pratique par le périnée, tandis que la voie hypogastrique convient surtout aux résections partielles ; aussi prostatectomie périnéale est presque toujours synonyme de totale ; il en est inversement pour la prostatectomie hypogastrique.

L'ablation totale de la prostate est de date récente, si l'on excepte quelques tentatives de Dittel et de Zuckerkandl ; ce n'est guère que depuis 4 ou 5 ans qu'en Amérique, en Allemagne, en France des procédés raisonnés et pratiques ont permis d'obtenir des succès. Hâtons-nous de dire que ce sont surtout des travaux français qui ont permis à l'opération de s'imposer : MM. Proust et Gosset d'une part, M. Albarran d'autre part ont proposé et exécuté des opérations qui donnent les résultats les plus encourageants. Nous ne pouvons ici qu'en faire une très sommaire description.

Le malade étant placé dans la position de la taille, une incision prérectale, transversale est pratiquée d'un ischion à l'autre, agrandie même dans le procédé de Proust, par une autre section qui la rejoint obliquement. Le rectum est largement détaché, couche par couche ; on dépasse le releveur qu'on récline à droite et à gauche, puis peu à peu la prostate se découvre au fond de la plaie ; jusqu'à présent, on le voit, c'est la taille prérectale de Nélaton amplifiée ; il s'agit maintenant d'atteindre la prostate : les premières tentatives avaient surtout échoué parce que les chirurgiens s'étaient efforcés de contourner l'urètre et de le respecter, ce à quoi ils ne réussissaient pas toujours. Aujourd'hui, les auteurs précités l'ouvrent délibérément par une large boutonnière pratiquée au niveau du bec de la prostate ; à l'aide du doigt (Albarran), ou d'un cathéter spécial (Proust), introduit par la plaie urétrale jusque dans la vessie, ils abaissent, avec le bas-fond de la vessie, la prostate qui vient ainsi presque au bord de la plaie. Ici les procédés diffèrent encore et on peut soit inciser la capsule prostatique et faire une énucléation sous-capsulaire (Albarran), soit enlever toute la glande en pratiquant un pédicule au niveau des angles supérieurs (Gosset et Proust) : la glande elle-même est toujours enlevée par morcellement.

La brèche urétrale n'est pas comblée, mais un gros drain est introduit par elle dans la vessie, assurant un drainage parfait et de la vessie et de la large plaie périnéale. Au bout de quelques jours, ce drain est supprimé et remplacé par une sonde passée par l'urètre. La cicatrisation s'effectue lentement, mais il est très rare qu'une fistule périnéale persiste. Telle est la prostatectomie totale dont nous aurons à poser les indications et à apprécier les résultats.

Deux procédés de prostatectomie partielle sont en usage aujourd'hui ; l'une à ciel ouvert par la voie hypogastrique, l'autre par la voie urétrale ou méthode de Bottini. De la première, nous n'aurons qu'à dire quelques mots de technique. Une taille hypogastrique ayant ouvert la vessie, on voit et on aborde par cette voie les lobes prostatiques exubérants et on les résèque à l'aide soit du bistouri, soit du thermo, du galvano-cautère. On peut tenter la réunion des surfaces cruentées lorsqu'on s'est servi de l'instrument tranchant. C'est une opération très bien réglée, qui permet de modifier et de reconstituer le col vésical et qui donne, nous le verrons, de bons résultats.

La méthode de Bottini, qui atteint le même but, est toute différente dans son principe et dans son manuel opératoire. Il s'agit d'une section galvano-caustique pratiquée par la voie uréthrale, sans incision cutanée. L'instrument primitif de Bottini, aujourd'hui abandonné, a été transformé par divers chirurgiens, notamment par Freudenberg, de Berlin, qui lui a donné la disposition générale d'un lithotriteur, dont la branche mâle, qui glisse dans la gouttière de la branche femelle, se termine par une lame de platine ; celle-ci peut être portée au rouge au moyen d'un courant électrique et constitue le cautère destiné à entailler la prostate.

Nous avons nous-même apporté à cet instrument des modifications assez importantes qui permettent d'en mieux régler le fonctionnement et de donner à l'incision toute l'étendue et rien que l'étendue voulue.

De nombreux succès sont maintenant à l'actif de chacune de ces opérations qui ont été pratiquées assez souvent pour qu'on puisse en comparer les avantages et les inconvénients.

Comme il peut paraître à priori, c'est l'ablation totale de la prostate qui constitue l'opération idéale ; bien réglée comme elle l'est dans les procédés décrits, elle respecte assez les fibres musculaires du sphincter vésical pour que l'incontinence consécutive de l'urine soit évitée ; elle libère le col et empêche la stagnation, aussi est-ce le meilleur moyen de combattre l'infection vésicale, et enfin elle remédie aux deux symptômes principaux la dysurie et la fréquence. On peut craindre qu'une opération aussi importante, pratiquée chez des vieillards, ne détermine chez eux un choc traumatique trop violent ; et nous avouons qu'aujourd'hui encore nous partageons cette crainte dans une certaine mesure ; mais il faut s'empreser de reconnaître que les premiers résultats publiés, qui portent il est vrai sur un nombre assez restreint d'opérations, une trentaine tant en France qu'à l'étranger environ, donnent une mortalité nulle. La principale raison de ces succès réside dans le mode de drainage de la plaie périnéale par laquelle sont conduits et l'urine et les produits infectieux qui proviennent des surfaces mises à nu.

Parmi les inconvénients, il faut citer le long temps qu'exige la réparation de la vaste plaie, les dangers d'un décubitus prolongé, la possibilité d'une fistule périnéale, enfin une autre conséquence, d'importance tout à fait secondaire à l'âge des opérés, c'est la suppression constante de la puissance génitale ; chez tous les malades réséqués de la prostate, l'érection a été supprimée, résultat curieux et à opposer à la castration double après laquelle, au contraire, de nombreux opérés ont pu pratiquer le coït. Enfin l'objection la plus grave peut-être vient des difficultés du manuel opératoire : la prostatectomie totale, si bien réglée qu'elle soit aujourd'hui, et innocente entre des mains expérimentées exige un opérateur non seulement rompu aux difficultés de la chirurgie générale, mais connaissant à fond celles que cette opération toute particulière présente à chaque pas. Aussi beaucoup de temps s'écoulera-t-il avant qu'elle ne se généralise.

Les diverses formes de l'hypertrophie prostatique n'en sont pas également justiciables ; elle convient principalement aux grosses hypertrophies, à ces masses volumineuses qui soulèvent le bas-fond vésical en même temps que le col qui sont en un mot plus péri qu'intravésicacales ; tandis que les petites saillies prostatiques qui jouent le rôle de barre et de valvules vésicales sont difficilement atteintes par l'opération périnéale ; il faut que le chirurgien introduise son doigt recourbé par la plaie urétrale jusque dans la vessie et attire à lui la saillie en retournant en doigt de gant la muqueuse vésicale, c'est un temps très laborieux et dangereux.

C'est dire que, dans ces cas, une autre opération, la prostatectomie hypogastrique, est préférable.

Nous avons vu combien le manuel opératoire est simple ; avec une plaie hypogastrique suffisamment large, en soulevant ou non la vessie à l'aide d'un ballon rectal, on a sous les yeux ou sous la main les saillies péricervicales, qu'on résèque ou qu'on modifie suivant leurs dispositions ; les dangers sont presque nuls, l'hémorrhagie, quelquefois assez abondante au moment où on attaque la tumeur, s'arrête toujours facilement ; le décubitus dorsal est peu prolongé, les accidents infectieux sont peu redoutables si on prend soin d'établir un bon drainage par l'hypogastre. Enfin les résultats sont et restent bons dans notre pratique personnelle, nous suivons depuis longtemps plusieurs opérés, l'un d'eux depuis plus de 12 ans, et nous constatons que les résultats sont durables, que la vessie se vide à peu près complètement et que les malades sont exempt des symptômes habituels du prostatisme ; il en est de même de la plupart de nos opérés. L'opération est bénigne ; si la mortalité s'élève à 8 % en moyenne, taux qui n'est pas excessif, il faut reconnaître que beaucoup de malades ont été opérés en pleine infection vésicale, quelquefois même le chirurgien voulait pratiquer chez eux une simple cystostomie et drainer la vessie pour diminuer les douleurs et l'infection, et a été amené par l'examen de saillie prostatique à en pratiquer la résection; il est juste de tenir compte de ces cas dans la statistique.

Nous arrivons à l'opération la plus simple et dont les résultats s'améliorent à mesure qu'on la connaît mieux, à l'opération de Bottini. Les objections qu'on lui fait, nous avouons les avoir partagées longtemps et nous avions refusé de la pratiquer en voyant là une opération aveugle exposant à des dangers et en particulier à une hémorrhagie impossible à maîtriser, enfin et surtout qu'il est difficile de régler et de suivre. La pratique a montré que tous ces griefs sont plus théoriques que réels :

Il faut, assurément, se rendre compte de ce qu'on fait et connaître bien la lésion qu'on veut attaquer. Aussi au cathétérisme explorateur, au toucher rectal doit s'ajouter l'examen cytoscopique qui met les lésions sous les yeux du chirurgien et lui montre la disposition, l'étendue, la forme de la tumeur à attaquer. Ces examens nous ont conduit à prier M. Collin de construire l'instrument dont nous avons parlé, dans lequel on règle avec la main, qui perçoit la moindre résistance, à la progression de la lame ; dans le même but des lames de dimensions différentes, interchangeables ont été construites et sont destinées au volume différent des saillies ; on peut ainsi éviter un accident grave quoique rarement signalé la perforation du rectum. Quant à l'hémorrhagie, nous n'en avons jamais observé, et nous croyons qu'on peut toujours l'éviter, si on a soin de laisser la lame de platine au rouge sombre.

Restent les accidents infectieux ; les infections locales sont surtout à craindre, car la cautérisation ignée peut être le point de départ d'une recrudescence d'inflammation, mais elles ne constituent pas un grave danger ; celle qui est le plus à redouter est la prostatite ; aussi en présence d'une poussée aiguë inflammatoire de cette glande, vaudra-t-il mieux s'abstenir ; la cystite est beaucoup moins redoutable. Enfin l'infection des voies supérieures nous a paru très peu influencée par la section galvano-caustique, à moins qu'elle ne soit très intense, considération de grande importance chez des vieillards.

Un fait dont il faut être prévenu est la lenteur avec laquelle les résultats se manifestent. On voit souvent signaler à l'étranger surtout, des rétentions complètes et anciennes qui cessent immédiatement après une section galvano-caustique,

mais le plus souvent, malade et chirurgien sont assez désappointés en ne voyant pas reparaître la miction quelques jours après l'opération. Il est bien rare qu'elle ne revienne pas un peu plus tard, et surtout que les résultats, incomplets au début, ne s'améliorent pas au bout de quelques semaines.

On peut s'en rendre compte en suivant à l'aide du cystoscope la marche des lésions : les eschares se détachent peu à peu, très lentement, et nous en avons vu une flotter dans le liquide vésical, adhérant encore à la prostate par une de ses extrémités, 6 semaines après l'opération. La perte de substance est considérable ; bien que le couteau galvanique ne fasse qu'une section, l'escharification des tissus est telle qu'il en résulte un sillon profond et qu'en réalité le Bottini constitue une véritable prostatectomie.

La mortalité de cette opération est assez considérable parmi les chirurgiens étrangers qui la réservent en général pour des cas ultimes, pour la rétention complète, pour les infections graves. Nous croyons au contraire que ce sont les cas où le Bottini est le moins indiqué et qu'une incision de la vessie, large et à ciel ouvert, assure un drainage parfait et leur convient mieux. Nous réservons le Bottini pour les cas pas ou peu infectés, que la rétention soit complète ou non ; ainsi limitée dans ses indications, l'opération devient inoffensive et explique que notre mortalité soit nulle.

Tels sont, très rapidement résumés, les principaux modes de cure radicale de l'hypertrophie prostatique. On voit que les indications des divers procédés varient et que tous sont appelés à rendre des services ; le devoir de la clinique est donc aujourd'hui de préciser ces indications. C'est l'absence de guide précis qui a empêché ces opérations de se généraliser comme elles devraient l'être aujourd'hui. Lorsqu'on verra que la mortalité chez ces vieillards opérés est moindre que pour beaucoup d'autres opérations pratiquées chez l'adulte, on n'hésitera plus entre des risques peu considérables et la continuation des angoisses de la rétention d'urine ou tout au moins de la dysurie chez les prostatiques. Sans aller jusqu'à dire, avec Albarran, qu'il n'y a plus à établir des indications à la prostatectomie et que ses contre-indications sont seules à déterminer, nous croyons qu'on ne saurait trop faire ressortir les avantages d'une thérapeutique à laquelle beaucoup de bons esprits ont encore de la peine à s'habituer, mais qui, nous en avons la conviction, deviendra une règle dans un très prochain avenir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'utilité de l'étude du grec pour le médecin.

Depuis un certain nombre d'années, la question de l'utilité du grec pour les études de médecine a été soulevée à maintes reprises : le grec a eu dans le corps médical de chauds partisans, il a eu aussi ses détracteurs non moins convaincus, mais ces derniers ne me paraissent pas avoir poussé bien loin la discussion.

Cette question ayant un immense intérêt au point de vue pédagogique, le *Concours médical*, si largement ouvert à toutes les idées, ne refusera pas ma modeste contribution à son étude.

Je crois que jusqu'à présent on a suivi une route quelque peu fausse : on a procédé par affirmation bien plutôt que par expérience ou déduction — et pourtant les médecins sont des expérimentateurs ! — Aussi m'est-il venu à l'esprit de soumettre cette question du grec aux deux expériences suivantes, que chacun peut du reste vérifier à loisir.

J'ai d'abord interrogé un de mes jeunes amis, élève de philosophie ayant été reçu très honorablement à son baccalauréat, en juillet dernier, et je lui ai demandé ce qu'il pouvait me répondre au sujet du sens et de l'étymologie des 60 mots médicaux suivants qui sont tirés du grec :

Anthelminthique, rhumatisme, hématémèse, acromégalie, adynamie, aéropiésie, agalactique, alopécie, aménorrhée, analeptique, anévrysme, angiome, ankylostome, anthrax, antipyrine, antispasmodique, arthropathie, asthme, asystolie, athérôme, athrepsie, balanite, blépharite, bothriocéphale, cacodylate, cantharide, cardiopathie, céphalée, chéloïde, chorée, cirrhose, dacryocystite, diathèse, diphtérie, diurétique, dysenterie, dysménorrhée, dyspnée, eclampsie, eczéma, embryocardie, emménagogue, emphysème, empyème, entérite, épididymite, épistaxis, épithélioma, érysipèle, gastrite, gonorrhée, hématurie, hémiplégie, hémoptysie, hémorrhagie, hémorroïdes, herpès, hydarthrose, hydrocèle, hypnotique.

J'ai pris ces mots au hasard, dans l'ordre où je les ai trouvés dans l'index alphabétique d'un ouvrage médical, je ne recherchais donc pas les mots difficiles.

Voyons le résultat :

Dix mots étaient connus complètement de mon bachelier : adynamie, antipyrine, cardiopathie, céphalée, chorée, dyspnée, gastrite, hémoptysie, hémorrhagie, hypnotique.

Pour antispasmodique, il connaissait αντι ; pour bothriocéphale, κεφαλη ; pour hydarthrose et hydrocèle, υδωρ ; pour hématurie, αιμα.... et c'était tout.

Il convient d'ailleurs de remarquer que les mots connus de lui sont d'un usage courant, et il n'est pas bien sûr que ces études grecques l'aient aidé beaucoup à en déterminer le sens.

Ce résultat ne me satisfaisant pas complètement, j'ai voulu pousser plus loin l'expérience et je me suis adressé à un autre de mes amis, licencié ès-lettres celui-là, et élève de l'Ecole normale supérieure. Depuis la rentrée de novembre, il s'est plutôt spécialisé dans l'étude de la philosophie, mais on ne niera pas cependant que ses connaissances grecques ne soient de beaucoup supérieures à celles de la presque totalité des étudiants en médecine.

Il a trouvé : adynamie, agalactique, anthrax, arthropathie, asthme, cacodylate, cardiopathie, céphalée, chorée, diphthérie, dyspepsie, dyspnée, embryocardie, entérite. gastrite, hématurie, hémiplégie, hémoptysie, hémorrhagie, hydarthrose, hypnotique.

Mais dans hématémèse, il n'a trouvé que αιμα ; dans acromégalie μεγαλος ; dans ankylostome στομα ; dans bothriocéphale, κεφαλη ; dans gonorrhée, ρεω.

Analeptique était pour lui *idée de chute* , dans alopécie, il voyait *un renard*. Dans aménorrhée, il trouvait ρεω *couler* et αμενος *agréable* !

On peut s'arrêter là.

Faut-il s'étonner d'un tel résultat ? je ne le crois pas : le vocabulaire médical est très spécial et ce n'est pas l'étude d'Homère qui l'enseigne.

Qu'on me permette une dernière anecdote : j'en certifie l'authenticité.

C'était à l'époque où MM. Legendre et Lepage faisaient à la Faculté leurs intéressantes conférences de déontologie.

Je quittais mon normalien pour aller à la conférence faite ce soir là par le Dr Lepage, et comme il me demandait ce qu'était la déontologie, je lui dis de chercher dans ses souvenirs grecs et de me répondre lui-même ce que ce pouvait être.

— « δει... il faut ; λογος.... ὠν, οντος.... Tu dis que le Dr Lepage est un accoucheur ?

— Oui.

— Eh bien ! c'est la science qui traite de la partie pratique des accouchements !

Après ce dernier trait qui, je puis bien le dire, m'a donné l'idée de mon enquête, il me semble qu'il faut s'incliner et convenir que l'étude faite actuellement du grec sert bien peu à la compréhension des termes médicaux.

Voyons, tous les médecins ont fait du grec, tous connaissent le mot rhumatisme, c'est un mot archicourant. Combien y en a-t-il qui pourraient donner son étymologie ?

J'en conclus que l'étude du grec n'a pas plus de raison d'être pour la compréhension des termes médicaux que l'étude de l'arabe pour celle des termes de chimie dont certains pourtant dérivent de cette langue.

Si l'on objecte que, depuis la Renaissance, les médecins ont toujours appris le grec, je répondrai qu'aux temps lointains ils savaient sans doute assez de grec pour lire un texte et qu'alors les auteurs étaient rédigés en cette langue ; mais qu'aujourd'hui les médecins, à part de très rares exceptions, ne vont pas puiser leur science dans Hippocrate ou dans Aristote, et que l'étude complète d'une langue moderne leur rendrait beaucoup plus de services en leur permettant de se tenir au courant des travaux parus à l'étranger. Ce serait pour leur intelligence une gymnastique aussi bonne que peut l'être celle de quelques mots grecs qu'ils ont ânonnés en bâillant au collège.

Dans les programmes qu'on remanie sans cesse on veut tout faire entrer : le résultat est que l'étude du grec est réduite à des notions insignifiantes et que l'étude des langues vivantes n'est pas poussée assez loin pour être de quelque utilité.

Je ne m'inclinerais que devant une seule raison, c'est si l'on disait que, vu le nombre toujours croissant des étudiants en médecine, l'étude du grec peut être une barrière à l'envahissement du corps médical et que cette barrière est difficile à changer ou à remplacer.

Je m'inclinerais, je le répète, devant cette raison majeure, mais tout en m'inclinant, je ne pourrais que continuer à sourire en entendant les apologistes de l'étude du grec.

Louis Gassot,
Etudiant en médecine.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Proposition de loi portant suppression des dispositions de l'article 909 du Code civil frappant d'incapacité successorale les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens.

(Renvoyée à la Commission de réforme judiciaire et de législation civile)

Présentée par M. le Dr G. Delarue, Député.

Exposé des motifs.

Messieurs,

L'article 909 du Code civil décide que les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Plus de cent ans se sont écoulés depuis que la Déclaration des droits a affirmé que les hommes naissent libres et égaux en droits.

L'égalité de tous les citoyens devant les lois est le principe qui domine notre législation.

Il est vrai que la fortune, la situation sociale, les influences trop souvent mises en jeu en adoucissant la rigueur des lois pour les uns, tandis qu'elles restent impitoyables pour les autres, rendent trop souvent cette égalité illusoire.

Mais s'il n'est pas surprenant que des individus essaient de se créer des privilèges en tendant de se soustraire aux justes applications des lois, on peut s'étonner que la loi elle-même, violant ses principes essentiels, mette hors du droit commun, toute une catégorie de citoyens simplement en raison de la profession qu'ils exercent.

Est-il besoin de rappeler :

Que la Constituante a effacé toutes les traces de servitude personnelle ou réelle ; qu'elle a mis à néant tous les vieux contrats féodaux et tout ce qui pouvait créer des dépendances ou des inégalités entre les hommes ; que, dès les premières heures de la Révolution, toutes distinctions vaines entre les personnes ont été supprimées.

Malgré la volonté, toujours manifestée depuis la la disparition de l'ancien régime, de supprimer tous les privilèges et toutes les inégalités, l'article 909 du Code civil frappe des citoyens d'une incapacité, qui, en même temps qu'elle est souverainement injuste, est une véritable injure que rien ne saurait sérieusement justifier.

Et le législateur viole le principe d'égalité à l'égard d'hommes dont l'immense majorité est absolument recommandable, dont la profession jouit de l'estime publique et, chose singulière, c'est à l'occasion de cette profession dont la pratique implique un dévouement véritable pour leurs semblables, qu'une sorte d'indignité légale pèse sur tous ceux qui l'exercent.

Pourquoi la loi a-t-elle enlevé au médecin la faculté d'hériter du malade qu'il soigne, alors que celui-ci, sain d'esprit, jouissant de toutes ses facultés, agissant spontanément, veut tester en sa faveur ?

Simplement parce qu'elle s'est inspirée du droit romain, de l'ordonnance Villiers-Coterets ou de la jurisprudence des anciens parlements qui répute « suspect le médecin pendant le temps où le testateur est dans ses mains » (1).

(1) Toutefois l'incapacité des médecins n'était point, dans l'ancien droit, l'objet d'une disposition légale, c'était la jurisprudence des arrêts qui avait étendu à ces personnes la prohibition de l'ordonnance de 1539 et de la coutume de Paris, lesquelles ne parlaient que des tuteurs et autres administrateurs. L'extension était faite aux médecins et autres personnes soignant les malades — « à cause du grand pouvoir qu'ils ont sur les esprits de ceux qu'ils traitent, et leur autorité est d'autant plus

Le rapport Jaubert au tribunal sur le titre de loi qui nous occupe ne manque pas, en effet, de reproduire la même suspicion.

« L'incapacité, dit-il, en effet, à raison de la profession avait été autrefois la matière de grands litiges, et l'objet de plusieurs règlements.

« Tout ce que le législateur peut faire dans un point aussi délicat, c'est de surveiller d'une manière particulière les dispositions qui seraient faites par un individu malade, dans la maladie dont il meurt, en faveur des personnes qui étaient présumées avoir le plus d'empire sur son esprit.

« Voilà pourquoi le projet de loi admet des restrictions et des tempéraments à l'égard de ceux qui, pendant le cours de la maladie, auraient administré au malade les secours de l'art ou les consolations de la religion.

« Il en coûte d'établir une règle générale qui porte sur des professions que nous sommes accoutumés à voir exercer par des hommes si désintéressés et si généreux, mais ceux-là ne se plaindront pas de la loi qui ne peut distinguer entre les individus. »

Invoquer l'empire que peut avoir le médecin sur son malade pour prononcer son incapacité à hériter, c'est déclarer que toutes les fois qu'un testament ou une donation entre vifs auront été faits en sa faveur, ces dispositions seront le résultat d'une captation qu'aurait rendue facile cette influence présumée sur le testateur.

Et cette hypothèse, que les faits démentent la plupart du temps, suffit au législateur pour mettre hors du droit commun non seulement les médecins, mais encore ceux qui auraient la volonté de leur laisser quelque chose, soit comme légataires universels, soit à titre particulier, de telle sorte que les uns sont incapables de recevoir parce que médecins, tandis que les autres deviennent incapables de donner parce que malades.

Il en coûte au législateur, il le dit, du moins, de frapper des hommes qu'il reconnaît lui-même désintéressés et généreux et malgré cela il n'hésite pas à les dépouiller de leur droit naturel.

Cette législation d'exception qui pouvait s'expliquer au moyen-âge, à une époque où les maîtres-myres usaient comme moyens de guérison de toutes les pratiques de la magie, de l'occultisme ou de l'astrologie, moyens redoutables, autrefois du moins, capables d'influencer les volontés de leurs malades, est la même aujourd'hui où tous les vieux arcanes sont relégués dans le passé.

Il existait autrefois des personnes auxquelles leur statut personnel, leur naissance, la religion elle-même, enlevaient certains droits ; est-il admissible qu'au vingtième siècle notre Code maintienne encore des incapacités personnelles ?

Un seul exemple permet de juger cette disposition au point de vue moral.

Deux hommes ont passé leur vie, unis par l'amitié la plus étroite ; l'un est médecin, l'autre n'a pour famille que des collatéraux qu'il ne connaît même pas ; gravement malade, il veut léguer tout ou partie de sa fortune à son ami qui l'a soigné avec le plus grand dévouement : la loi le lui interdit.

Quant au médecin, il faut qu'il choisisse entre son amitié qui le porte à assister son ami et à lui prodiguer ses soins, ou entre ses intérêts qui lui commandent d'appeler un médecin étranger ou, s'il est seul, de laisser mourir le malade sans secours.

Qu'a donc fait cet homme pour que la loi le place dans une semblable alternative !

Il est simplement soupçonné d'avoir un certain empire sur l'esprit de son malade.

***

La jurisprudence, en ce qui concerne l'article 909, n'est pas compliquée, cet article étant formel et parfaitement explicite n'a pas besoin de bien longs commentaires.

Deux circonstances, en effet, font naître l'incapacité :

Avoir traité le donateur pendant la maladie dont il est mort ;

Bénéficier d'une disposition faite pendant cette maladie.

Il en résulte que c'est la mort ou la guérison qui rendent un testament valable ou caduc.

Un homme très malade institue comme légataire universel le médecin qui le soigne. Contre toute espérance, il guérit, le testament est parfaitement valable, alors même que le testateur soigné par le même médecin succomberait à une maladie subséquente.

La dernière maladie est difficile à préciser. Il existe en effet des affections chroniques qui durent de longues années, avec des intervalles d'amélioration qui peuvent permettre aux malades de se livrer à certains travaux.

Eh bien! quelle qu'en soit la durée, s'il est constant que cette maladie a persévéré dans son cours et qu'elle a été fatale dans son issue, les donations doivent être annulées (1).

Ainsi, une maladie chronique peut durer vingt ans et plus avec des alternatives de retour à la santé ; pendant tout ce temps le malade ne peut donner à son médecin qui pendant le même laps de temps est incapable de recevoir de lui.

Ajoutons que le médecin, frère d'un malade qu'il soigne, est incapable de recevoir quand celui-ci a des héritiers en ligne directe ; et l'incapacité s'applique également dans le cas même où le médecin serait héritier du testateur si sa parenté dépasse le quatrième degré.

En un mot, il résulte de la loi qu'un médecin, sans qu'on ait rien à lui reprocher, sans qu'il ait sollicité la moindre libéralité, est frappé d'incapacité de recevoir, soit par donation entre vifs, soit par testament, non seulement des étrangers, mais encore même de ses parents, simplement parce que, exerçant la profession de médecin, il peut être appelé à leur donner des soins dans leur dernière maladie.

***

L'article 909 se termine ainsi :

à craindre, disait Ricard, que la faiblesse de ceux auxquels ils ont à faire est ordinairement réduite à sa plus grande extrémité, lorsqu'ils ont besoin de leur secours; de sorte qu'il n'y a rien qu'ils n'exigent de leurs malades pour l'espérance qu'ils leur donneraient de les guérir.

Voir Ricard « Traité des donations » n° 495.

Pothier concluait de là que cette incapacité ne devait pas être aussi strictement interprétée. Voir *donation*, section 1, § 8, n°s 38 et 40.

Voir aussi : Verdier « Jurisprudence de la médecine » page 549 ; Brillon « Dictionnaire des arrêts », voir *donation*, tome II, page 184 ; Fenières « Sur la coutume de Paris », III, page 2323 ; Maynard « Notables et singulières questions de droit écrit », tome III, n° 73, page 403 ; Duplessis « Coutume de Paris », tome I, page 549 ; Guyot « Répertoire », voir chirurgie page 463.

Aussi la Cour de Cassation a jugé, le 21 août 1822, que sous l'ancienne jurisprudence, la donation faite à un médecin par son malade n'était pas nulle de plein droit.

En ce qui concerne le Ministre du Culte, l'incapacité n'était pas davantage connue en droit romain ; comme celle des médecins, elle a été introduite par la jurisprudence des anciens parlements.

L'article 909 comme texte législatif est donc nouveau.

L'exposé des motifs de M. Bigot Préameneu à la séance du 2 floral an XI est ainsi conçu :

« La loi regarde encore comme ayant trop d'empire sur l'esprit de celui qui dispose et qui est atteint de la maladie dont il meurt, les médecins, les chirurgiens, les officiers de santé et les chirurgiens qui les traitent.

(1) Et il n'en est pas de même pour le privilège des honoraires ! N. D. L. R.

« Les mêmes règles seront observées à l'égard des ministres du culte. »

Cette assimilation des médecins aux ministres du culte est un des meilleurs arguments en faveur de la suppression de la disposition de l'article 909 en ce qui les concerne.

Les légistes édifient facilement des théories, il est permis de se demander s'ils tiennent suffisamment compte des faits et si le raisonnement abstrait ne remplace pas trop souvent dans leurs conceptions l'examen approfondi des choses.

Ils rangent dans la même catégorie, les médecins et les prêtres, attribuant aux uns et aux autres sur l'esprit des malades, un empire suffisant pour leur enlever la liberté de tester, assez puissant pour se faire attribuer leurs successions.

Cette appréciation est absolument contraire à la réalité des choses.

Et d'abord, quel est le rôle du médecin ?

Appelé auprès d'un malade, il lui prodigue les secours de son art, *il est entouré presque toujours par les parents, les garde-malades, les amis mêmes de son client.*

Il s'informe de ses souffrances, s'inquiète des symptômes propres à l'éclairer, lui adresse les exhortations ou les consolations que la pitié pour les maux de leurs semblables inspire aux médecins vraiment dignes de ce nom, et qu'il rend d'autant plus rassurantes qu'une issue fatale est plus à craindre.

S'il essayait d'éloigner les assistants, sa conduite provoquerait tous les soupçons.

A quel moment peut-il user de cet empire sur son malade, que lui prête si facilement la jurisprudence !

En est-il de même pour le ministre du culte ?

Certainement non.

A ces heures indécises où la vie, dans un dernier effort, livre un suprême combat contre la mort, il est mandé auprès d'un homme dont l'agonie obnubile l'esprit et qui n'a déjà plus la perception nette des choses.

Le secret de la confession a éloigné les proches et les serviteurs, il est seul avec un moribond ; seul, il va connaître tous les secrets de cette vie sur le point de s'éteindre.

Que va-t-il se passer entre ces deux hommes, nul ne le saura jamais ?

A celui-ci, dont l'âme est bourrelée du remords des mauvaises actions commises, le prêtre offre le suprême pardon en échange d'un éclair de repentir.

A cet autre, qui répudia toujours les idées religieuses, il rappelle les premières croyances de la jeunesse qui revivent avec tant d'intensité sur les bords d'une tombe qui va s'ouvrir ; il opère ces conversions faciles, arrachées aux faiblesses des derniers instants, qui démentent les affirmations de toute une vie.

Il rassure ceux qu'épouvante la terreur de cet inconnu dont ils sentent déjà les mystères effrayants autour d'eux.

A tous il promet en échange des tristesses de ce monde une éternité bienheureuse.

S'il veut alors s'emparer de ces biens périssables qu'un moribond abandonnera d'autant plus facilement qu'il sent qu'il n'en peut plus jouir, ne peut-il pas, pendant ces instants dont personne ne troublera la solitude, qui n'aura point de témoins indiscrets, suggérer au mourant ses dernières dispositions ?

Et ce testament sera d'autant moins suspect de captation qu'il sera fait en faveur de l'Eglise, de la congrégation ou de quelque œuvre chrétienne.

Et la loi assimile le médecin au prêtre !

Elle met sur le même pied l'homme dont on discute les prescriptions, que l'on rejette sur un simple caprice, l'homme des réalités douloureuses, et le ministre du culte qui s'impose toujours aux volontés défaillantes, dont les paroles ne trouvent point de contradicteurs, et qui apparaît, aux derniers moments, comme le messager des espérances surnaturelles !

Si le ministre du culte peut avoir de l'empire sur le malade à raison de ses fonctions, comment soutenir que la situation du médecin est identique et que le même traitement doit lui être infligé par la loi ?

*
* *

L'article 909 consacre une vieille iniquité puisée par nos légistes dans l'ancien droit dont ils ne se sont jamais dégagés, aggravée encore par les rédacteurs du Code, puisque la jurisprudence antérieure à la Révolution décidait que « les libéralités faites aux médecins doivent être annulées, mais seulement quand il ne paraît pas qu'ils soient les plus proches parents ou les amis intimes du testateur. »

Votre opinion est faite, Messieurs, j'en suis convaincu, nous nous trouvons en face d'une iniquité vieille de bien des siècles, et nous savons que rien n'a vie plus dure qu'une injustice qui est en même temps une ingratitude.

Le corps médical est composé d'hommes honorables et dévoués, qui, après des études longues, fatigantes et coûteuses, doivent se créer eux-mêmes une position, qui sera brillante pour quelques-uns, médiocre pour le plus grand nombre, pénible et rude pour tous.

Constamment exposés aux maladies les plus graves, à la mort même, ces hommes se contentent d'un salaire misérable, et, bien souvent, ils ne retirent de l'exercice de leur profession que la satisfaction du devoir accompli.

La société fait un perpétuel appel à leur dévouement ; qu'il vienne de l'Etat, des départements, des communes ou des particuliers, cet appel est toujours entendu ; s'ils réclamaient la rémunération légitime de leur travail, vous seriez dans l'impossibilité d'assurer le fonctionnement de vos services hospitaliers et l'exécution de vos lois d'assistance.

Alors que vous augmentez tous les traitements des fonctionnaires, que les retraites subissent des accroissements qui submergeront le budget, on n'inscrit même pas quelques francs au milieu de ces centaines de millions pour venir en aide à de vieux médecins qui ont consacré quelquefois quarante ans de leur vie au service de leurs semblables, et qui n'ont en perspective, quand la vieillesse leur rend le travail impossible, que la misère avec son cortège de lamentables souffrances.

Et la loi, en échange de leurs services, qui sont la plupart du temps fort mal rémunérés, leur fait l'injure de les suspecter tous d'être capables d'un véritable crime, en abusant de l'empire qu'on leur prête sur leurs malades pour capter leur fortune, en leur imposant malgré eux leurs dernières dispositions testamentaires ! Pourquoi, à notre époque, où tant de gens préfèrent leurs intérêts à leur santé, la loi n'a-t-elle pas infligé la même suspicion et le même traitement aux hommes d'affaires, notaires, avoués ou avocats, qui exercent une influence autrement grande sur leurs clients que les médecins sur leur malades ?

C'était du reste ce qu'avait fait l'ancienne jurisprudence.

Rien, je le répète, ne peut expliquer cette mise hors du droit commun des médecins, si ce n'est une pensée mauvaise qui s'est perpétuée à travers les âges.

Quant aux pharmaciens, ils n'ont pas à soigner les malades, ils se contentent de délivrer les médicaments prescrits par les médecins, la loi aurait pu s'appliquer aux apothicaires d'autrefois, elle retarde de plus d'un siècle.

Je suis convaincu que la Chambre tiendra à honneur d'effacer du Code une injure légale, qui atteint toute une catégorie de citoyens dont la probité et le désintéressement ne méritent pas un semblable traitement.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Chambre la disposition suivante, qui prendrait place dans l'article 909 du Code civil.

PROPOSITION DE LOI.

Article unique.

« L'incapacité édictée par l'article 909 du Code civil est abrogée en ce qui concerne les médecins, chirurgiens, officiers de santé et les pharmaciens. »

CORRESPONDANCE

La défense des stations hydrominérales françaises.

A l'instigation du professeur Landouzy et de M. le Dr Carron de la Carrière, un comité s'est constitué depuis deux ans pour organiser à tour de rôle, chaque année, au mois de septembre, un voyage d'étude dans un centre hydrominéral de la France.

Cette innovation, devenue nécessaire pour lutter contre l'engouement injustifié dont jouissent les stations hydrominérales d'outre Rhin, a eu le grand mérite d'intéresser le corps médical français aux richesses nationales et de lui faciliter les moyens de les apprécier et d'en connaître les multiples applications.

Il reste cependant une lacune à combler, de façon à compléter l'œuvre si généreusement commencée et à joindre à la leçon de choses la leçon théorique, à créer, en un mot, un cours d'hydrologie médicale.

Sans doute, dans les cours officiels, dans les cliniques, dans les hôpitaux, ces notions d'hydrologie médicale sont données par nos maîtres aux étudiants avec la plus grande clarté et autorité.

Cependant, ces notions sont éparses et sont exposées accidentellement suivant le cours de la conversation ou l'objet de la clinique. Dans ces conditions, elles frappent peu l'esprit de l'étudiant et ne lui paraissent être qu'une science accessoire.

Il conviendrait donc de porter remède à cette défectuosité de notre enseignement officiel.

A mon avis, le moyen est simple et jouirait rapidement d'une grande vogue auprès des étudiants.

Ce projet consisterait à créer auprès des principales facultés de médecine un cours libre d'hydrologie médicale. Ce cours serait professé pendant le semestre d'hiver et serait affiché comme les autres cours officiels. Le titulaire serait un médecin n'exerçant pas dans une station hydrominérale pour éviter tout soupçon de réclame personnelle.

Les émoluments de cette charge seraient payés par les cotisations que verseraient gracieusement les riches compagnies fermières de nos principales villes d'eaux françaises (1).

Il est à prévoir que l'on ne rencontrerait aucune difficulté auprès de ces Compagnies, car elles comprendraient rapidement que ce mode de réclame bien qu'anonyme, leur serait à toutes très profitable et moins dispendieux que la publicité qu'elles entretiennent au prix de grands sacrifices.

De cette façon, j'estime que la question financière serait vite réglée. Il resterait à obtenir l'autorisation d'ouvrir un cours d'hydrologie médicale. A mon avis, cette difficulté est plus apparente que réelle, car étant donnés les précédents, ce qui a pu faire avorter jusqu'ici ce projet, c'est le manque d'argent pour honorer le conférencier.

J'ai pressenti plusieurs directeurs de Compagnies sur ce projet, et devant l'accueil favorable que j'ai obtenu, je me permets de le soumettre à l'appréciation des médecins. D. G.

Nos rabaisiens

Mon cher confrère,

D'abord toutes mes félicitations et mes remerciements pour l'agrandissement du journal devenu indispensable et réclamé depuis plusieurs années. Il est à espérer qu'avec son énergie et son ardeur, notre Conseil va imprimer à toutes nos œuvres une impulsion nouvelle.

Vous avez fort à faire pour secouer la torpeur des confrères endormis, on dirait depuis l'époque des Pharaons. Cependant celui qui veut travailler à l'heure actuelle et qui a un bon fonds de connaissances solides peut largement gagner sa vie et se faire une place assez jolie sous le soleil. Croyez le bien, malgré les jérémiades ordinaires.

Mais la plupart des confrères ont des façons bizarres de se faire honorer.

Dix fois j'ai observé ceci : un monsieur riche est toujours soigné à meilleur marché qu'un simple particulier ; beaucoup d'entre nous *n'osent pas* réclamer un honoraire convenable, ils ont peur de froisser et de perdre ce gros légume. C'est ainsi.

Autre fait extraordinaire. En province on est consulté par un individu aisé ; une opération quelconque, sur l'œil, ou pour une tumeur, est nécessaire ; questionné sur le prix, on répond par un chiffre correspondant à la situation pécuniaire connue ; avec l'esprit de marchandage courant, le client va voir à la ville voisine s'il n'aura pas meilleur marché ; 9 fois sur 10 les médecins des villes, et surtout de Paris, s'empressent de happer au passage ce malade renté et l'opèrent pour un prix dont nous n'avons pas voulu. J'ai observé 10 fois ce fait. Les confrères des villes, moyennes ou grandes, se croient bien plus malins que leurs camarades de la campagne, et ils opèrent au rabais des richards que nous connaissons depuis des années. Comme c'est habile !

Sachez bien que je ne me plains pas, je ne désire rien de plus que ce que je possède ; jamais je ne soignerai pour ces prix de mendiants des propriétaires cossus que Caen ou Paris accueillent si bien, en dédaignant le provincial. Nous retrouvons ces clients ambulants pour les soins consécutifs et nous savons nous rattraper. Je voulais seulement vous signaler ces causes ridicules d'avilissement de notre profession.

Veuillez agréer, etc. D. L.

Les cabinets médicaux multiples

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

Le compte rendu de notre réunion syndicale du 22 novembre dernier n'ayant pas encore été publié (1) je suis forcé de le suppléer par l'exposé suivant aussi exact que possible.

Après que le rapporteur de la commission eût cité tous les arguments de Grasset favorables à sa thèse il conclut que « rien ne pouvait s'opposer à l'ouver« ture d'un cabinet de consultations à jour fixe, dans « une commune, résidence d'un autre confrère ». En vain, je citai les votes formels que j'avais trouvés dans le Bulletin de l'Union et dans le *Concours médical* ; en vain, je fis remarquer que le confrère, au sujet duquel la question était soulevée, offrant de fermer son cabinet *extra muros*, si le syndicat en trouvait l'existence irrégulière, il fallait profiter de ses bonnes intentions, qui mettaient à leur aise pour le vote certains confrères redoutant de nuire au postulant. Ce fut vainement aussi qu'un membre influent, et d'habitude mieux écouté du syndicat, fit remarquer l'incorrection absolue des cabinets multiples, et dit que, pour sa part, il n'autoriserait jamais cette pratique anticonfraternelle.

Rien ne fit, et rien ne prévalut contre cette raison décisive que : si un docteur préférait habiter la ville et qu'il n'y pût faire le chiffre d'affaires rêvé par lui, il était tout naturel, tout logique, qu'il allât installer une succursale à la porte d'un confrère rural, afin de pouvoir ainsi équilibrer son budget !

Les confrères de la Grande Ville, qui approuvèrent presque à l'unanimité (2 *non* et 1 abstention),

(1) N. D. L. R.— Ceci mérite de se terminer par un point d'interrogation. Nous savons bien des Compagnies qui n'ont pas l'idée de ce qu'elles devraient faire pour renseigner les médecins.

(1) Il l'a été depuis, mais il n'est pas plus complet que l'exposé de notre confrère. N. D. L. R.

cet étonnant aphorisme, n'ont nullement songé à la gêne que la pratique autorisée par eux en faveur du citadin pouvait causer aux médecins de la campagne. Dame ! la lutte pour la vie est si dure en ville, à les entendre ! Et à la campagne donc ? Si quelques-uns de nous arrivent à faire péniblement leur trouée et, grâce à un véritable labeur de galérien, peuvent être satisfaits d'une modeste aisance dont bien peu se contenteraient, combien ne voyons-nous pas autour de nous de Confrères suer sang et eau pour n'arriver qu'à donner bien juste aux leurs, non pas le luxe dont raffolent ceux qui, se croyant des aigles, veulent-être à la Ville malgré tout, mais encore le nécessaire de chaque jour ?

Les médecins des champs avaient déjà, semblait-il, bien des motifs de se plaindre à cause de la concurrence acharnée et sournoise des bonnes sœurs, rebouteurs, curés et pharmaciens. Quand les confrères aux cabinets multiples auront bien braconné sur le peu qui leur reste, ils n'auront plus, à moins de crever de faim, qu'à intervertir les rôles, qu'à faire une exode en masses sur les villes et à y gagner leur vie *par tous les moyens possibles.* Alors, les citadins aux succursales invoqueront à grands cris, mais trop tard, cette bonne déontologie qui sert d'épouvantail aux naïfs et dont les roublards n'ont cure quand elle les gêne. Ils verront alors que la concurrence la plus nuisible n'est pas, comme ils affectent de le croire, celle du faiseur ambulant accompagné de son nègre.

Est-ce là le résultat rêvé pour eux ? et un vote comme celui du syndicat de Rouen est-il bien fait pour amener l'apaisement et la concorde entre nous ?

Quant au texte du vote, c'est une bouillabaisse bizarre : les citadins ont leurs succursales et les ruraux un peu d'eau bénite de cour ; je vous l'adresserai dès qu'il me sera parvenu.

Votre tout dévoué Confrère

Ch. GRIBOVAL.

P. S. — Merci de tout cœur de votre réponse à ma lettre du 18 novembre ; cela semble si bon de sentir qu'on n'est pas seul dans la lutte pour la défense commune.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise

Conflans-Sainte-Honorine, le 22 février 1902.

Mon cher confrère,

Je viens vous prier de publier dans le *Concours Médical* le compte rendu de la séance du syndicat de l'arrondissement de Pontoise du 17 octobre 1901, ainsi que le résumé de la circulaire ci-jointe adressée à *tous les médecins*, syndiqués ou non, du dit arrondissement. Nous avons reçu beaucoup de réponses à cette circulaire, émanant de confrères non syndiqués, sans compter l'adhésion des trente-trois membres de notre Syndicat. Un nouvel appel aux confrères de la région nous amènera certainement des adhésions nouvelles, les médecins ayant en général besoin d'être un peu harcelés pour s'unir à ceux qui ne cherchent, en somme, que l'intérêt général.

Merci d'avance pour le service rendu à notre syndicat, et bien cordialement à vous,

Dr ROUSSEAU,
Secrétaire-trésorier du Syndicat de l'arrondissement de Pontoise.

Syndicat de l'arrondissement de Pontoise.
17 octobre 1901.

Etaient présents les docteurs Katz (présiden Cels, Broquet, Cesbron, Bidault, Lardeux, Rou seau, Galvani, Guy, Millet, Paret, Angot, Bezie Piedallu, Gaboriau, Dupret, de Grissac, Pamar

Les docteurs Pamart (de Gonesse) et Beauxis Lagrave (Aulnay-lès-Bondy) sont admis à l'una nimité à faire partie du syndicat.

Le docteur Katz (président) émet un projet d circulaire à tous les médecins, syndiqués o non, pour une entente générale sur la condui à tenir vis-à-vis des sociétés de secours mutuel et assurances-accidents.

Le docteur Paret propose, à l'exemple du syn dicat de Rambouillet, que le bureau soit charg de traiter, au nom des confrères, avec les assu rances-accidents. Cet avis est pris en considé ration.

Le docteur Piédallu (du Raincy) parle du sans-gêne incroyable des mutualités qui se formen d'abord, et offrent ensuite aux médecins et phar maciens des prix dérisoires.

Un confrère insiste pour que les nouvelles so ciétés soient considérées comme clientèle ordi naire et paient, de ce chef, le tarif habituel d la région.

La séance est levée à 7 heures, et, chez Mar guery, un banquet de dix-huit convives termin la soirée.

Le Président,	*Le Vice-Président,*	*Le Secrétaire,*
Dr KATZ.	Dr BRANTHOMME.	Dr ROUSSEAU.

Circulaire aux Médecins de l'arrondissement de Pontoise.

Très honoré Confrère,

Le Syndicat Médical de l'arrondissement de Pontoise, dans son assemblée générale du 17 octobre dernier, a pensé qu'il était temps d'organiser dans notre arrondissement, à l'exemple des Syndicats voisins, la défense de nos intérêts contre deux collectivités : les Assurances-Accidents, et les Sociétés de Secours mutuels, celles-ci composées trop souvent presque entièrement de membres qui ne devraient pas, de par leur position ou leur situation, y être admis. Le Syndicat, malheureusement, il est permis de le regretter, se compose de la minorité des médecins de notre arrondissement. Vous comprendrez que, pour arriver à un résultat efficace qui ne soit pas préjudiciable aux intérêts de quelques-uns, l'entente de tous, syndiqués ou non, est indispensable. C'est pourquoi le Bureau a été chargé de se mettre en rapport avec vous.

Depuis la loi de 1898, sur les accidents du travail, les médecins des Compagnies d'assurances ont assumé une responsabilité plus grande et leur importance est devenue plus considérable. Ils sont la cheville ouvrière d'une compagnie puissante et riche, à laquelle nous n'avons pas à faire de rabais. Ces compagnies ont tellement bien vu que le rôle du médecin changeait, avec la nouvelle loi, qu'elles ont accepté la résiliation d'office de tous les contrats lors de l'entrée en vigueur de cette loi et ont augmenté, mais d'une façon dérisoire, les traitements de leurs médecins.

Nous vous proposons de prendre comme base de tout traité le tarif de la Compagnie « Partici-

pation », fondée grâce à la Société de médecins, la Financière médicale (*Concours médical*) surtout en ce qui concerne le forfait de *quinze francs*, pour tout accident minimum en dessous duquel nous ne devrons descendre à aucun prix.

Nous assistons en ce moment à un mouvement mutualiste très vif. Une circulaire préfectorale vient de recommander, il y a un an environ, à toutes les communes du département de Seine-et-Oise, la création de Sociétés de Secours mutuels. Le Conseil général dispose d'une somme de 40.000 francs pour soutenir les Sociétés existantes et pour en créer de nouvelles. Nous y assistons impassibles et cependant, ici comme pour les assurances, nous sommes menacés dans nos intérêts et d'une façon bien plus dangereuse, car nous verrons, si ce mouvement s'accentue, tout ce qui forme le noyau de notre clientèle, dans nos communes rurales, le cultivateur aisé, nous échapper pour devenir mutualiste. Nous n'avons pas en vue les Sociétés de Secours mutuels composées d'ouvriers, de petits employés, de petits commerçants, de cultivateurs besogneux; non, ces Sociétés-là, nous les appelons de tous nos vœux et comme citoyens et comme médecins, nous les soutenons, nous leur venons en aide en leur accordant un tarif réduit. Celles que nous visons, ce sont celles que l'on fonde en ce moment dans certains endroits où tout le monde indistinctement, hommes, femmes et enfants, par les œuvres scolaires, sont compris dans le mouvement. Nous avons décidé de n'accorder à ces Sociétés que le tarif ordinaire car nous ne pouvons les considérer que comme un client ordinaire. Adoptons la définition du mutualiste donnée par M. le docteur de Fourmestreaux au Syndicat de l'arrondissement de Versailles : « Le mutualiste qui a droit à la réduction des honoraires médicaux est celui chez lequel la maladie, l'infirmité ou le chômage involontaire peut amener la misère à bref délai. »

Les membres de notre Syndicat présents à la dernière Assemblée générale ont pris l'engagement en principe de n'accepter dans leurs traités avec les Compagnies d'Assurances aucun tarif moindre que celui ayant comme base le forfait de *quinze francs*, de résilier si possible les traités existants qui ne rempliraient pas ces conditions et en tout cas de ne pas les renouveler.

Ils ont pris aussi l'engagement en principe de ne soigner comme mutualistes que les personnes répondant à la définition ci-dessus et de refuser énergiquement leur concours à toute création de Sociétés de secours mutuels dont les membres participants ne rentreraient pas dans cette catégorie,

Cet engagement n'aura de valeur que si tous les médecins, syndiqués ou non, le prennent.

Que chacun se pénètre bien que nous ne défendons pas seulement les intérêts des médecins qui font partie du Syndicat, mais encore et indistinctement ceux de tous nos confrères. Nous sommes chargés de défendre les premiers, mais nous demandons aux non syndiqués de nous permettre de défendre leurs intérêts en même temps que les nôtres, les circonstances présentes nous rendant tout à fait solidaires les uns des autres.

Ceux d'entre vous qui nous répondront favorablement auront bien mérité de la cause médicale.

C'est pourquoi, très honoré confrère, le Bureau du Syndicat vous prie instamment de lui répondre à ce sujet une lettre qui tiendra lieu d'engagement et qu'il conservera dans ses archives. Nous comptons sur une prompte réponse. Le moment est critique pour le corps médical. Nous jetons le cri d'alarme ; à vous de répondre et notre situation sera sauvée. Nous pouvons tout à la condition d'agir tous avec unanimité.

Recevez, très honoré Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Le Président,	*Le Vice-Président*,	*Le Secrétaire*,
Dr Katz.	Dr Branthomme.	Dr Rousseau.

Formule d'engagement

A signer et à renvoyer au Président du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Pontoise (1).

Je, soussigné, m'engage : 1° à n'accepter aucun nouveau contrat avec une Compagnie d'Assurances sur les Accidents qu'aux conditions suivantes :

Quinze francs à forfait pour constater, soigner et liquider chaque sinistre.

Les soins pour plaies plus graves et les opérations chirurgicales seront réglés en sus du forfait au prix du tarif de la Compagnie (prix à débattre si ce tarif paraît insuffisant (2)).

Une indemnité de cinquante centimes par kilomètre parcouru sera due en plus.

2° A dénoncer les anciens traités existant un an après l'expiration du contrat et pour ceux qui n'ont pas de traité à date fixe d'aviser immédiatement les Compagnies qu'à partir du 1er janvier 1902, les conditions seront désormais celles ci-dessus énoncées.

3° A n'accepter d'examen de proposition d'assurance sur la vie qu'au prix uniforme de vingt francs, sans compter l'indemnité de déplacement, s'il y a lieu.

4° A ne prendre aucun engagement envers une Société de Secours mutuels (à moins que ce soit au tarif ordinaire) sans en aviser les Confrères voisins ou le Bureau du Syndicat.

(Date). (Signature).

REPORTAGE MÉDICAL

Bibliographie. — Toutes les librairies médicales ont mis en vente sous le titre de *Paradoxes sur la médecine* les amusantes chroniques du Dr Besançon publiées dans le *Journal de médecine interne*. Il nous est arrivé d'en reproduire quelques-unes qui ont permis à nos lecteurs d'apprécier l'humour de notre confrère. On se procure pour 3 francs ce petit plat de malice et de gaieté dont la dégustation est fort agréable.

Congrès des œuvres antituberculeuses françaises. — Le Président de la République assistera le dimanche 16 mars à la première assemblée de toutes les

---

(1) Cette formule d'engagement est celle qui a été adoptée par tous les Médecins de Pontoise, syndiqués ou non, et par ceux de quelques communes voisines. Ils l'ont signée d'un commun accord.

(2) N. D. L. R. — Pourquoi pas le tarif du Concours? Nos amis laissent la porte ouverte au marchandage, et surtout ils reconnaissent aux Compagnies le droit d'établir un tarif !!! Rien n'empêche alors chaque client d'avoir le sien tout aussi respectable. Ah ! sainte routine, quels sacrifices tu demandes au bon sens.

œuvres antituberculeuses françaises réunies en Congrès, 19, rue Blanche.

Cette réunion jettera les bases d'une Fédération générale des œuvres, actuellement au nombre de soixante-six, qui combattent la tuberculose du pauvre.

On ne peut qu'approuver cette idée de grouper enfin tant d'efforts disséminés : les résultats en seront très vite augmentés et régularisés.

Oto-rhino-laryngologie. — Un concours sera ouvert le lundi 12 mai 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 avril 1902 et sera clos définitivement le samedi 26 avril suivant, à 3 heures.

Un concours pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant-adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris pour entrer en fonctions le 1er juillet 1902, sera ouvert le lundi 2 juin 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du jeudi 1er mai au jeudi 15 du même mois inclusivement.

La suppression des dispenses du service militaire. — L'un des vœux formulés avec le plus d'insistance et d'unanimité par tous ceux qui ont collaboré aux travaux de notre Commission de l'encombrement médical, vient d'être exaucé ou va l'être presque sûrement. — La Chambre des députés, par une majorité considérable, a voté, en vue de la préparation du service de deux ans, la suppression des dispenses dont profitaient les jeunes gens qui se destinent aux carrières libérales. Elle a donné là au Sénat et au gouvernement, une indication formelle dont il leur serait à peu près impossible de ne pas tenir compte.

Le Comité d'organisation du *XIVe Congrès International de Médecine* qui doit être tenu à Madrid en 1903 vient de décider qu'en raison du précédent créé par le XIIIe Congrès tenu à Paris en 1900, le nom de Section de Stomatologie sera substitué au nom de Section d'Odontologie, pour la douzième section de ce Congrès.

Les Conseils de révision mieux éclairés. — La Chambre des députés, dans la séance du 21 février, a voté sans débat la proposition de loi ayant pour but de donner aux conseils de révision les moyens d'éliminer les jeunes gens de constitution suspecte qu'un aspect trop rapide pourrait faire admettre sans réserves. (Voir *Concours médical*, n° 52, 1901.)

Hôpitaux et Facultés.

M. le prof. Brissaud a commencé ses cours de Pathologie interne, le samedi 8 mars, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté. Il les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

M. le prof. Blanchard a commencé ses cours d'Histoire naturelle médicale le vendredi 7 mars, à 5 h., au laboratoire de Parasitologie de l'Ecole Pratique. Il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

M. le prof. A. Gautier a commencé ses cours de Chimie médicale, le mardi 11 mars, à l'Amphithéâtre de Physique et de Chimie de la Faculté. Il les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. Sujet : Entretien de la Vie de la cellule et des tissus; digestion, sang et lymphe, excrétion.

M. Broca (H.), agrégé, a commencé ses conférences de Physique médicale, le lundi 10 mars, à 5 h., à l'Amphithéâtre de Physique et de Chimie. Il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le prof. Bouchard a commencé son cours de Pathologie et de Thérapeutique générales le samedi 8 mars, à 5 h., au grand Amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis. Sujet : maladies infectieuses, tuberculose.

M. Wallich, agrégé, a commencé son cours complémentaire d'accouchement le samedi 8 mars, à 6 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Concours d'Internat. — Séance du 28 février. *Anatomie* : MM. de Fourmestaux, 6; Masson (A)., 8; Ertzbrischoff, 9; Sautelet, 8; Le Gemtel, 6; Lemaistre, 6; Saillant, 10; Liné, 8. Absents : MM. Jouchaud, Levassort, Perrin, Manet. — Séance du 28 février. *Pathologie* : MM. Galezowski, 8; Claeys, 7; Picot, 9; David (Ch.), 7; Darcanne, 9; Monod, (O.), 8; Chirié, 8; Troller, 7; Gourmand, 9; Clément, 9. Absents : MM. Lesage, Dénéchaux, Bérilonneix. — Séance du 1er mars. *Anatomie* : MM. Jouhaud, 7; Levassort, 7; Ilouzel 5; Carlotti, 5; Fournir, 6; Renaud (M.), 9; Levy Fraenkel, 5; Beaufumé, 11; Autefage, 10; Privat de Fortunié, 5. — Séance du 3 mars. *Anatomie* : MM. Wicart, 8; Chartier, 9; Hérisson, 9; Debidour, 6; Beuilleul, 10; Delion, 9. — *Pathologie* : MM. Tixier, 9; François, (R), 9; Viteman, 9; Blanluet, 7; Durozoy, 7; Heller, 9; Kauffman, 8; Blandin, 11; Gachet, 9; Foisy, 10. Absents: MM. Barnsby, Cotonnec, Matry, Cointepas. — Séance du 5 mars. *Pathologie* : MM. Demanche, 7; Fayolle, 8; Desmoulins, 9; Fabre (J.-M.-J.), 8; Lavenant, 11; Siégel, 9; Zentler, 7; Gimbert, 8. Absents : MM. Chaignot, Leduc.

Service médical des Hôpitaux. — M. Florand est nommé médecin chef de service à l'hôpital Tenon.

— M. Jacquet est nommé médecin chef de service à la maison de retraite de la Rochefoucauld.

— MM. Courtois-Suffit et Lesage sont nommés médecins chefs de service à la maison municipale de santé.

— M. Lyon est nommé médecin chef de service à l'hospice Debrousse.

ERRATA

Dans l'article de jurisprudence médicale : *La justice et les Médecins* paru dans notre dernier numéro, il s'est glissé trois coquilles que nous prions nos lecteurs de rectifier :

A la 8me ligne de la 1re colonne (p. 157), il faut lire *signifié* au lieu de *signal é* ;

A la 5me ligne du 3e §, il faut lire *desseins* au lieu de *essais*.

Dans la 1re colonne de la page 158, dans la 67e ligne, il faut lire *connexes* au lieu de *annexes*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4801. — M. le docteur Laurent, de Paris, présenté par M. le docteur Mangenot, de Paris.

N° 4802. — M. le docteur Guery, de Fontenay-le-Comte (Vendée), présenté par le docteur Bonneau de Courçon-d'Aunis (Charente-Inférieure).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Simon, de Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 12 22 MARS 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

LES FRAIS D'HOSPITALISATION DES PAYANTS ET DES VICTIMES DU TRAVAIL

M. le Dr Lande tient aujourd'hui la promesse qu'il avait faite aux Assemblées générales de novembre 1901, de nos diverses sociétés de défense professionnelle. Nous nous empressons de publier ce rapport type, que tous les chirurgiens d'hôpitaux, petits ou grands, voudront faire imiter par les commissions hospitalières.

Rapport présenté à la commission administrative des hospices

dans sa séance du 8 mars 1902

par M. le Dr LANDE, maire de Bordeaux, Président.

Messieurs,

Vous vous êtes préoccupés, à diverses reprises, de l'accroissement progressif du nombre des malades hospitalisés, alors que la population de la Ville demeure à peu près stationnaire.

Depuis longtemps aussi, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux se sont plaints de la présence, dans leurs services, de personnes que leur condition sociale et leur situation de fortune devraient écarter de nos établissements.

La mise en vigueur de la loi du 9 avril 1898, a encore aggravé la situation. Les patrons, les Sociétés mutuelles ou autres, les compagnies d'assurances surtout, ont trouvé bon de diminuer les charges que leur impose la loi, en plaçant dans les hôpitaux les ouvriers victimes d'accidents du travail.

Depuis trois ans, d'un bout à l'autre de la France, le Corps médical se plaint d'être frustré d'une partie de ses légitimes honoraires, par suite de l'application méthodique et généralisée de l'hospitalisation des victimes du travail, et il constate que l'assistance hospitalière est exploitée tout autant que lui. Il a cherché à réagir, a tenté des démarches, a même porté des réclamations devant les Tribunaux, mais les résultats obtenus jusqu'ici n'ont qu'un caractère individuel. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui ont poursuivi en paiement d'honoraires les patrons, les sociétés et les compagnies responsables des soins à donner à certaines victimes d'accidents, ont obtenu satisfaction, mais la question n'a pas encore été jugée au point de vue général. Il faut le reconnaître, si elle était présentée sous cette forme devant la juridiction civile, il pourrait bien se faire que l'on objectât aux médecins et chirurgiens des hôpitaux que, liés par contrat avec les admi-

nistrations, dont ils sont les collaborateurs, ils n'ont pas le droit de revendiquer des honoraires supplémentaires de la part des malades ou blessés traités dans leurs services.

En notre qualité d'Administrateurs des Hospices, nous n'avons pas à envisager cette situation spéciale, mais il est de notre devoir absolu de défendre les intérêts des pauvres pour lesquels seuls sont faits nos établissements hospitaliers.

La loi est formelle : les hôpitaux sont destinés aux indigents. Si autrefois, elle n'a pas été si audacieusement violée qu'elle l'est aujourd'hui, c'est que, même dans la population pauvre, on éprouvait une certaine répugnance à aller à l'hôpital ou à l'hospice.

Avec les progrès de la science médicale et de l'hygiène, on a augmenté dans de larges proportions le confort dans les établissements de charité publique. Et vous, Messieurs, qui depuis longtemps, vous consacrez à l'étude des questions d'assistance, vous savez combien sont différents nos hôpitaux de ceux qui, il y a quelques années encore, étaient mis à la disposition des malheureux atteints par la maladie.

De telle sorte qu'aujourd'hui, ce ne sont pas seulement les indigents proprement dits, mais la classe ouvrière dans son ensemble et même la bourgeoisie, qui viennent demander le concours de l'Assistance publique et grèvent ainsi considérablement notre budget.

La loi, dis-je, est formelle ; mais il a fallu, en présence des infractions commises, que le gouvernement rappelât ses sages prescriptions : un nouveau règlement modèle des établissements hospitaliers a été promulgué. Dans la circulaire explicative du 15 décembre 1899, M. le Ministre de l'Intérieur indique d'une façon très nette que les Hôpitaux et Hospices doivent être réservés aux indigents ; que toute personne qui n'est pas réellement indigente doit payer les frais de son séjour dans un établissement hospitalier, d'après un tarif tel que les dépenses nécessitées par ce séjour soient largement compensées.

Les demi-indigents, les personnes gênées, peuvent, à la rigueur, être admis au tarif de l'Assistance, mais il doit en être autrement si la Commission administrative se trouve en face d'un patron dans l'aisance ou d'une Compagnie d'assurances.

A la suite d'une fausse interprétation sur certains points de cette circulaire, M. le Ministre de l'Intérieur, à la date du 10 août 1901, précisait que l'hôpital doit être réservé à ceux qui ne peuvent pas être soignés convenablement ailleurs, et que les répondants des hospitalisés payants sont tenus à la totalité des frais d'hospitalisation.

Faisant ressortir le caractère essentiellement charitable que devaient toujours conserver les établissements hospitaliers, le Ministre de l'Intérieur, par note en date du 7 novembre 1901, insistait à nouveau, pour que, seuls fussent admis, soit à la gratuité, soit au paiement du tarif de l'Assistance médicale, ceux qui, dans les communes, étaient regulièrement inscrits sur les listes d'Assistance, c'est-à-dire les malades pauvres, tandis que les malades n'appartenant pas à cette catégorie, les malades aisés, doivent être assujettis à payer un prix de journée toujours élevé et très supérieur au prix de revient ; ce dernier établi conformément aux lois et règlements, demeurant réservé pour le Service de l'Assistance. Il importe d'ajouter que l'admission de ces malades doit être limitée et qu'il est du devoir de l'Administration d'empêcher que l'Hôpital ne dégénère, même partiellement, en maison de santé.

La note ministérielle du 7 novembre 1901, s'inspirant de diverses propositions présentées à la Chambre des Députés, en vue de la modification de la loi du 9 avril 1898, fait une sorte de catégorie à part des ouvriers hospitalisés à la suite d'accidents du travail et recommande de leur appliquer le tarif de l'Assistance médicale gratuite. Il y a là opposition avec les commentaires du règlement modèle auquel il convient de s'en rapporter exclusivement, car l'application du tarif, de l'Assistance médicale gratuite constituerait une économie considérable pour les répondants de l'ouvrier blessé. S'il est décent et humanitaire que les établissements de charité publique ne cherchent pas une occasion de gain dans l'hospitalisation des victimes du travail, il est de toute nécessité de prévenir les hospitalisations abusives.

Si nous envisageons maintenant ce qui se passe à Bordeaux, nous voyons, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, que le nombre des malades hospitalisés va sans cesse croissant ; cette affluence est surtout remarquable dans les services de Chirurgie, et chacun de nos comptes rendus annuels redit nos inquiétudes en voyant toujours grossir le chiffre des dépenses pharmaceutiques et les frais de pansements.

J'ai recherché quelle influence pouvait avoir sur l'augmentation de nos dépenses la présence de malades payants à l'hôpital Saint-André. L'application de la loi de 1898 n'ayant pas suivi immédiatement sa promulgation, ou tout au moins les effets de celle-ci ne s'étant pas immédiatement fait sentir, je vous citerai simplement les chiffres des années 1900 et 1901, ils suffiront pour vous convaincre :

Pour ces deux années, le chiffre total des malades traités à l'hôpital Saint-André a été :

Année 1900	10.021
Année 1901	11.241
Total	21.262

Bien que, certainement, bon nombre de sujets pouvant payer leur séjour dans nos établissements, échappent à cette obligation en se faisant passer pour indigents au moment de leur entrée, nous trouvons pendant ces deux années un chiffre considérable de malades payants, savoir :

Au total en 1900	1.653
Au total en 1901	1.805
Total	3.458

Se décomposant de la manière suivante :

En 1900.	Payants aux frais de l'Assistance médicale	410
	Payants à leurs frais	1.156
	Payants aux frais des Sociétés de Secours mutuels	12
	Payants aux frais de patrons ou de Compagnies d'assurances	75
En 1901.	Payants aux frais de l'Assistance médicale	392
	Payants à leurs frais	1.264
	Payants aux frais des Sociétés de Secours mutuels	10
	Payants aux frais de patrons ou de Compagnies d'assurances	139

Et si l'on totalise les chiffres précédents, on trouve pour les années 1900 et 1901 :

Nombre total de malades traités	21.239 (1)
Dont, Malades payants	3.458
Se décomposant en :	
Payants aux frais de l'Assistance médicale	802
Payants à leurs frais	2.420
Payants aux frais des Sociétés de Secours mutuels	22
Payants aux frais de patrons ou de Compagnies d'assurances	214
Total	3.458

Si, du chiffre total des malades payants (3458), on défalque le nombre des malades inscrits sur les listes d'Assistance et placés dans les hôpitaux aux frais des communes auxquelles ils appartiennent (302), le chiffre réel des malades payants non assistés, c'est-à-dire dont le séjour à l'hôpital Saint-André est payé par eux-mêmes ou par des répondants tels que patrons, sociétés, compagnies (3458 — 802) s'élève à 2656.

Ce chiffre représente exactement 12,50 % de la totalité des malades traités à l'hôpital Saint-André.

Il conviendrait d'ajouter aux chiffres précédents, les malades et blessés appartenant aux compagnies de chemins de fer, auxquelles nous ne réclamons que le prix de 2 *francs* ; j'ajouterai que nous accordons à la Compagnie du Midi un prix de faveur, en ne lui demandant que la modeste somme de un franc par journée d'hospitalisation. Cette Compagnie a eu en 1900, 62 malades, et en 1901, 68 malades traités à ce prix infime ; il faut reconnaître qu'elle se montre généreuse en accordant des billets à prix réduits pour les convalescents rapatriés.

Ainsi, nous avons à l'hôpital Saint-André, 12,50 % de malades payants, soit *un sur huit.*

Tous ces malades ne paient que le prix de journée calculé pour le service de l'Assistance médicale gratuite et fixé à deux francs.

J'ai cherché, Messieurs, comment était établi ce chiffre de deux francs, en séparant ses éléments déterminés par des règlements généraux des œuvres hospitalières. J'ai constaté que ce chiffre de deux francs est constitué d'une part, par la somme de un franc cinquante, représentant les dépenses matérielles, (frais généraux, habitation, alimentation, etc.) et cinquante centimes pour les frais médicaux et pharmaceutiques. Il est bon de faire remarquer ici que nos médecins et chirurgiens des hôpitaux ne reçoivent aucune rémunération spéciale.

Il résulte de ce qui précède que, en faisant payer aux personnes non indigentes une somme de deux francs par jour pendant leur séjour à l'Hôpital Saint-André, nous ne leur réclamons, d'une part, que la représentation stricte de leurs dépenses matérielles dans cet établissement, et, d'autre part, une somme dérisoire de cinquante centimes par jour comme rémunération des dépenses pharmaceutiques et des soins médicaux ou chirurgicaux que réclame leur état.

Il n'est pas besoin d'insister, ni de citer des cas particuliers, pour que vous compreniez combien cette somme de 50 centimes est au-dessous de la dépense réelle effectuée par notre administration en faveur de cette catégorie de malades.

Devons-nous laisser subsister une semblable situation ? Je ne le crois pas, Messieurs, et, dans les conversations particulières, que nous avons eues déjà sur ce sujet, j'ai recueilli le témoignage de votre assentiment unanime, de votre désir absolu de porter remède à un état de choses qui compromet nos finances, c'est-à-dire les finances des pauvres, et lèse gravement les intérêts respectables de nos collaborateurs dévoués du Corps médical.

Il convient donc, Messieurs, de fixer un nouveau tarif qui sera dorénavant applicable aux malades payants. En toute justice, nous devrions faire payer à ces malades, en dehors du prix de la dépense matérielle, les frais réels, médicaux et pharmaceutiques, que nécessite leur traitement, mais il faudrait pour cela un compte particulier à chaque malade.

Enoncer cette obligation suffit pour en démontrer l'impossibilité d'application.

Quelle méthode devrons-nous donc suivre ?

J'ai l'honneur de vous proposer la solution suivante :

Les 50 centimes qui complètent le prix de la journée de deux francs, s'appliquent à l'ensemble des soins médicaux et à toutes les dépenses accessoires, cette somme est manifestement insuffisante. A ne considérer que les soins médicaux proprement dits et les frais pharmaceutiques, j'estime qu'il y aurait lieu de la porter à un franc cinquante, c'est-à-dire de fixer pour prix de journée pour les

(1) En tenant compte de la différence de population hospitalière au 1er janvier 1900 et au 31 décembre 1901, qui est de 23.

malades payants admis dans les salles ordinaires de l'hôpital Saint-André, le prix de *trois francs par jour*.

Ce prix est largement justifié pour les malades placés dans un service de médecine et aussi pour les malades placés en chirurgie, mais dont le traitement ne nécessite ni grands pansements, ni opérations.

En revanche, il devient manifestement insuffisant si le malade est atteint d'un traumatisme important, si son affection nécessite l'application d'appareils plus ou moins coûteux, de pansements onéreux fréquemment renouvelés, la pratique d'opérations plus ou moins graves, lesquelles ne peuvent être faites sans une dépense spéciale immédiate, parfois considérable.

Je ne vous dirai pas, Messieurs, d'appliquer à nos malades les prix généralement en usage, c'est-à-dire ceux réclamés par nos chirurgiens, lorsqu'il s'agit de malades traités par eux au dehors. M'inspirant de l'esprit de la loi sur l'assistance médicale gratuite, et de la loi sur les accidents du travail, je vous demanderai simplement d'appliquer aux malades placés dans nos hôpitaux les tarifs qui, à la suite de la promulgation de cette loi, ont été adoptés par le Conseil Général de notre Département. Ce tarif « dit Tarif de la Gironde », qui a été le premier établi et adopté en France (comme tarif départemental du moins), est aujourd'hui admis par un très grand nombre de départements ; il est très modéré, mais sauvegarde les intérêts du Corps Médical. Il suffira, je l'espère, pour sauvegarder également les intérêts que nous avons à défendre.

Il y aura lieu de compléter ce tarif, qui ne comprend que les opérations de chirurgie courante, par un tarif pour les opérations spéciales. Le concours de nos médecins et chirurgiens spécialistes ne nous manquera pas, ils sauront s'inspirer des idées qui ont guidé les rédacteurs du tarif de chirurgie générale.

Le tarif girondin prévoit le prix des opérations, c'est-à-dire l'honoraire du chirurgien qui pratique l'opération, mais il ne tient pas compte des dépenses nécessitées par ces opérations, et des frais de pansement consécutifs. Nous ne pouvons pas, comme je le faisais remarquer plus haut, tenir un compte exact des dépenses faites de ce chef à l'occasion de chaque malade ; aussi vous proposerai-je de fixer à forfait le prix de ces dépenses accessoires, à la moitié du prix de l'opération à laquelle elles sont afférentes. Après avoir étudié quelques cas particuliers, et demandé l'avis de mes confrères, je crois que nous établirons ainsi une proportion équitable.

Si vous admettez mes propositions, Messieurs, il en résultera pour la Commission administrative des Hospices, pour la caisse des pauvres, dont nous avons la garde, un boni assez considérable. Faites application aux chiffres que je vous ai cités, de la simple majoration du prix de journée porté à trois francs. Vous verrez que pour les années 1900 et 1901, pour un nombre de 2.656 malades, ayant séjourné en moyenne 25 jours à l'Hôpital Saint-André, soit au total 66.400 journées, nous aurions une majoration de recettes de 66.400 francs.

Devons-nous, Messieurs, encaisser cette recette, sans avoir souci des intérêts de nos collaborateurs les plus immédiats et les plus dévoués, nos médecins et nos chirurgiens ? Certainement non (1).

Autrefois, nos médecins et chirurgiens recevaient une indemnité annuelle. Dans des circonstances difficiles, alors que l'Administration des Hospices commençait à voir l'accroissement de ses charges peser sur son budget, les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux, sollicités par l'administration, renoncèrent à cette indemnité.

L'admission des malades payants dans les Hôpitaux lèse le Corps médical ; il est juste que si nous exigeons de ces malades un supplément de rétribution, nous fassions participer le Corps médical au bénéfice de cette augmentation de ressources. Aussi je vous demanderai, Messieurs, de prélever sur le nouveau prix de journée la moitié de l'augmentation, soit 50 centimes par journée de malade, et joignant cette retenue au prix total des opérations, c'est-à-dire à l'honoraire chirurgical que nous réclamerons, de former avec les sommes ainsi réunies, une réserve qui sera destinée à rénumérer les services de nos Médecins et Chirurgiens.

La réunion Médico-Chirurgicale que, sur ma proposition, vous avez bien voulu consulter à ce sujet, a accueilli très favorablement ce dessein. Deux méthodes se présentent :

Ou bien, en fin de chaque année, répartir également la réserve ainsi constituée entre tous les Chefs de Services de nos Hôpitaux, car application peut être faite aux autres Hôpitaux des considérations que je viens de développer devant vous à l'égard de l'Hôpital Saint-André, ou bien attribuer dorénavant à nos médecins et chirurgiens, une indemnité annuelle fixe, si largement justifiée par la science, le zèle et le désintéressement du Corps médical des Hôpitaux.

En prenant des délibérations conformes aux conclusions que j'ai l'honneur de vous soumettre, Messieurs, vous ferez acte d'initiative et d'équité. Je suis persuadé que vos décisions, immédiatement connues dans toute la France, seront adoptées par toutes les Administrations Hospitalières et admises avec empressement par le Corps médical.

Partout, en effet, les Commissions administratives des hospices se préoccupent, comme vous l'avez fait, de l'envahissement des établissements hospitaliers par une population qui n'a aucun droit à bénéficier des générosités de l'Assistance publique, et d'autre part, le Corps médical tout entier souffre de l'exploitation éhontée dont notre Administration est rendue victime par les particuliers, aussi bien que par les Sociétés et les Compagnies, qui trouvent bon d'éluder leurs obligations légales en exploitant la Charité publique.

*
* *

N. D. L. R. — C'est cependant l'abus auquel se livre la Commission hospitalière de Cette, abus contre lequel le *Sou Médical* a protesté près du Ministre de l'Intérieur !

De leur côté, les médecins du Nord et du Pas-de-Calais viennent d'adresser la lettre suivante à toutes les Commissions administratives hospitalières.

FÉDÉRATION
des
SYNDICATS MÉDICAUX
du Nord et du Pas-de-Calais.

Lille, le 1902.

LETTRE
aux Commissions administratives
DES HOSPICES.
—o—

Messieurs,

La loi de 1898 sur les accidents du travail a créé pour le corps médical tout entier et pour les chirurgiens d'hôpitaux, en particulier, une situation nouvelle.

Un grand nombre de chirurgiens des hôpitaux de Paris et de province, réunis à l'occasion du dernier congrès de chirurgie, ont examiné cette question importante de l'hospitalisation des blessés du travail.

La Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais a été appelée également à étudier cette question et à prendre une décision : elle se trouve ainsi amenée à faire auprès de vous une démarche qui, nous n'en doutons pas, sera couronnée de succès.

Le règlement-type des hôpitaux et hospices déclare que l'hôpital est réservé aux indigents, et que les honoraires des médecins et des chirurgiens de ces établissements de bienfaisance leur sont accordés uniquement pour soigner les pauvres.

Les ouvriers victimes d'accidents du travail ne sont pas des indigents, puisque la loi met les frais de traitement à la charge du patron ou de celui sur qui il se décharge de ce soin. Ce fait a d'ailleurs été admis partout, et les administrations ont été prévenues qu'elles devaient dans tous les cas faire payer à ces malades le prix de la journée d'hospitalisation.

Soigner ces blessés gratuitement n'est, de la part du médecin, ni un acte de philanthropie, ni l'accomplissement d'un service public : le médecin travaille simplement, et d'une façon gratuite, au bénéfice des compagnies d'assurances.

Cette manière de faire est nuisible également aux intérêts de l'hôpital, qui ne réclame à ces blessés ou mieux aux patrons des blessés, que le prix moyen de la journée.

Il y a un autre abus : le chirurgien d'hôpital voit ainsi sa besogne augmenter considérablement ; il est souvent appelé spécialement dans la journée et dans la nuit, pour des opérations et des cas d'urgence, qui viennent non seulement de la ville, mais des communes voisines. Et toute cette besogne supplémentaire, il la fait gratuitement, au bénéfice des Compagnies d'assurances qui devraient lui régler des honoraires, si les soins étaient donnés en ville ?

Est-ce conforme au bon sens, à la logique et au droit ?

De nombreuses Commissions administratives d'hospices, de nombreux jugements de Tribunaux appelés par des médecins à se prononcer sur ce point, ont répondu par la négative.

Nous venons donc vous prier de vous joindre à ces Commissions administratives, *pour vous protéger contre cette hospitalisation* abusive et pour défendre vos médecins contre de pareilles manœuvres, en prenant, vous aussi, la décision suivante :

On informera les responsables lorsqu'ils amènent un blessé, victime d'un accident du travail, à l'hôpital :

1° Que les frais de séjour sont fixés à..... (Prix au moins égal ou supérieur à celui qui s'applique aux communes pour les indigents inscrits à l'assistance médicale) ; ce prix, à la rigueur, suffit à peine pour les frais pharmaceutiques ;

2° Que les honoraires des médecins sont dus à part et pourront être versés à l'administration hospitalière qui en ferait la répartition, si les responsables préfèrent ce mode de payement à celui du versement direct aux ayants-droit. Dans le cas contraire, le médecin se fera payer directement. (Le tarif à appliquer pour les frais médicaux dus aux chirurgiens est celui de l'assistance médicale, voté par le Conseil général du Nord, dans sa séance du 27 avril 1900, sur la proposition de M. le Préfet, pour être appliqué spécialement aux accidents du travail, sauf entente, dans certaines villes, avec les Compagnies d'assurances.)

Nous ne doutons pas que vous ne soyez décidés à entrer dans cette voie, qui est d'ailleurs absolument consacrée par la jurisprudence, et que vous ne soyez disposés à donner cette preuve de reconnaissance à vos chirurgiens qui soignent toujours les indigents et les assistés avec le plus grand dévouement.

Nous espérons que vous voudrez bien nous faire parvenir votre réponse le plus tôt possible pour que nous puissions la communiquer à la prochaine réunion de notre Fédération.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Pour le Bureau de la Fédération des Syndicats :

Drs Lambin, Devemy, Poiteau, *Vice-Présidents.* Dr Butruille, *Président.*
Dr Coorewits, *Trésorier.* Dr Lemière, *Secrétaire.*

N.-B. — Prière d'adresser les réponses à notre secrétaire, M. le Docteur Lemière, boulevard Bigo-Danel, 14, Lille.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les pansements au bicarbonate de soude.

Nous avons déjà parlé, à deux ou trois reprises, du bicarbonate de soude comme agent de pansement économique et efficace. M. le Dr *Mallet*, vient de consacrer une thèse à cette nouvelle méthode de pansement et recommande son emploi ; voici ses conclusions principales :

Le bicarbonate de soude saponifie les matières grasses de la peau, ramollit l'épiderme et en amène la chute.

Il excite donc les fonctions cutanées et favorise les secrétions.

La solution alcaline agit à l'égard des plaies, non pas comme antiseptique, mais par le fait séul de son alcalinité.

Le pansement alcalin agit donc comme un « sérum local ».

Il vient, en outre, donner aux éléments cellulaires, une suractivité fonctionnelle qui les met en demeure de lutter avec plus d'avantages contre l'envahissement des germes infectieux.

Le bicarbonate de soude peut s'employer sous trois formes différentes.

a). — *En poudre.*
b). — *En pommade.*
c). — *En solution.*

C'est surtout sous cette dernière forme qu'il est le plus usité.

Le *pansement humide* ne doit être appliqué qu'après la désinfection préalable de la plaie et doit être renouvelé entièrement une fois par jour.

La plaie doit être, en outre, irriguée à deux reprises différentes dans la même journée, avec la solution alcaline.

La solution à 5 % paraît être la solution de choix.

Les avantages du pansement alcalin sont les suivants :

a). — Il est peu coûteux.
b). — Il est d'un maniement facile.
c). — Il n'expose jamais le malade aux intoxications qué donne quelquefois l'emploi des antiseptiques.
d). — Il tarit la suppuration.
e). — Il atténue l'odeur.
f). — Il calme les douleurs.
g). — Il donne un surcroît de vitalité aux tissus et accélère le travail de cicatrisation des plaies.

La médication thermo-sulfureuse chez les syphilitiques.

M. le Dr Ed. *Vidal* a fait à la Société de Médecine de Paris une communication sur le traitement de la syphilis par les eaux minérales sulfureuses.

« Les effets de l'eau sulfureuse prise en boisson, dit-il, sont sensiblement les mêmes, quelle que soit la source employée, chaude ou froide. Le soufre, soit combiné au sodium et au potassium sous forme de sulfure, soit dissous dans l'eau sous forme d'acide sulfhydrique, agit tout d'abord sur le tube digestif, dont il diminue les poisons, puis, absorbé, est transporté par la veine-porte dans le foie, dont il augmente l'activité physiologique, généralement diminuée dans la syphilis.

Il produit sur la nutrition, même à dose modérée, une action excitante qui se traduit par une plus grande sécrétion de l'urine et par une plus grande excrétion de l'acide urique et de l'urée.

L'action indéniable de l'eau sulfureuse sur l'appétit pourrait être attribuée à la présence du *persulfate de soude*, dont M. Lumière a démontré la haute valeur apéritive et dont la présence dans l'eau sulfureuse est constante.

Le *bain sulfureux* par une irritation calorique et mécanique de la peau, agit sur la régularisation thermique, sur la circulation, sur la respiration, sur les échanges intra-cellulaires.

Si la question de savoir, si la peau intacte absorbe par le bain les principes solides contenus dans l'eau n'est pas encore résolue, il n'en est pas moins vrai que l'eau sulfureuse aseptise la peau, facilite la respiration, nettoie les glandes sébacées des sécrétions qui les obstruent.

Et si l'on ajoute à cela, cette action encore inconnue, cette *vertu thermique* dont d'aucuns ont voulu faire une simple action électrique, que d'autres ont attribuée à la pureté de l'air ou à l'altitude, au repos et à la quiétude, l'on conçoit que le syphilitique, débilité par le mal et par la médication, soit heureusement influencé par sa cure sulfureuse.

La *douche sulfureuse* agit à la fois et par son effet mécanique et par le *frottage*, que pratiquent en général, sous le jet, des frotteurs ou frotteuses entrant dans le bain avec le malade.

M. le Dr *Vidal* recommande surtout l'emploi du *bain de vapeur sulfureux.* Voici ses propres termes :

De toutes les formes de bain de vapeur communément employées, le bain de vapeur *en caisse* est le seul qui soit d'un emploi scientifique et raisonné. Confortablement assis dans une caisse en bois où il est enfermé jusqu'au cou, la tête restant à l'air libre, le malade subit pendant un temps variable, de 10 à 15 minutes en moyenne, l'action de la vapeur à haute température. Cette vapeur, qui pénètre par un orifice placé à la partie inférieure de la caisse, vient se condenser en infimes gouttelettes sur la peau dont la température est inférieure à elle. Empêchant l'évaporation de la sueur, ces gouttelettes, qui revêtent l'épiderme d'une couche continue, l'amollissent comme l'amollirait le plus suave des cataplasmes. La pression superficielle s'élève et entraîne une élévation générale de la température d'environ 1°, élévation de température qui ne tarde pas à se traduire par l'accélération du pouls et de la respiration.

C'est après le bain de vapeur, que l'on constate surtout les effets d'accélération de la nutrition. Si la quantité d'urine émise est généralement moindre, les principes dissous sont plus abondants et l'on assiste à une élimination considérable d'urée, d'acide urique et de sulfate, dont l'excrétion dure encore assez longtemps après la cure.

Et si à cette action toni-excitante vient s'ajouter encore l'action chimique du soufre, l'on concevra alors nettement, l'effet utile que l'on est en droit d'attendre du bain de vapeur sulfureux dans le traitement des syphilitiques.

La perméabilité de la peau aux substances gazeuses est un fait universellement admis ; les preuves physiologiques abondent et nous devons admettre le passage du gaz hydrogène sulfuré à travers l'épiderme amolli par l'action mécanique du bain de vapeur.

Il me semble que cette action d'adjuvance à la tolérance et à l'élimination du mercure est suffisante pour donner droit de cité à la médication sulfureuse dans le traitement de la syphilis. Les temps s'éloignent, où la prescription d'une cure thermale était considérée par le praticien comme un aveu d'impuissance, où, pour se débarrasser d'un incurable ou d'un crampon, le médecin l'envoyait aux eaux, avec l'espoir de ne pas l'en voir revenir.

Aujourd'hui, grâce à l'audacieuse initiative du professeur Landouzy, qui, dans son cours de thérapeutique à la Faculté, n'a pas craint d'affirmer hautement la supériorité des agents physiques sur les innombrables drogues qui encombrent notre pharmacopée, un mouvement se dessine nettement en faveur des médications naturelles et le praticien cesse d'être victime du bluff qui nous vint de l'Est, au moment précis où tout nous portait à croire à la supériorité des idées d'Outre-Rhin.

Avec la ténacité que nous lui connaissons, le commerce allemand couvrit, inonda nos marchés de ses médicaments, dont il imposa l'emploi au médecin français par une savante suggestion faite à jet continu par la brochure, le prospectus, l'échantillon et le journal.

C'est cette intelligente publicité qui a lancé les eaux minérales allemandes à notre détriment. Actuellement, l'organisation des thermes d'Aix-la-Chapelle permet de traiter admirablement la syphilis et y attire un nombre considérable d'étrangers. Et cependant, quel climat ! et quelle contrée ! surtout auprès de nos stations sulfureuses françaises.

« En France, dans bien des stations sulfureuses, on traite les syphilitiques, à Luchon, à Uriage, à Challes, à Aix, à Cauterets, etc.., mais nulle part on ne peut relever un nombre de baigneurs pareil à celui d'Aix-la-Chapelle, que pourtant nos stations sulfureuses des Pyrénées, de Savoie et du Dauphiné, laissent bien loin derrière.

« Cette infériorité ne peut tenir qu'au peu d'importance qu'attache le corps médical français à l'action de l'eau sulfureuse sur le syphilitique, importance que je viens d'essayer de démontrer dans ce travail, en faisant primer l'observation clinique sur la doctrine, procédé inverse de celui que l'on utilise aujourd'hui dans le traitement de la syphilis. ».

L'eau oxygénée dans les abcès tuberculeux

M. *Luton*, de Reims, a employé l'eau oxygénée en lavages dans les abcès tuberculeux, et les résultats que lui a donnés cette méthode sont fort encourageants (*Bull. méd.* fév. 1902) :

Que l'abcès soit fermé ou fistuleux et quel que soit son point de départ, M. Luton introduit dans sa cavité, au moyen d'une seringue de 5 grammes, un mélange d'eau oxygénée à 12 ou 20 volumes et d'une solution de phosphate de soude à 1/10, dans la proportion de 25 centimètres cubes d'eau oxygénée pour 75 centimètres cubes de solution phosphatée.

« Ainsi obtenu, le sérum oxygéné, dit M. Luton, abandonné dans la cavité de l'abcès, agit sur lui au même titre que les divers liquides actuellement en usage, comme l'éther iodoformé, le naphtol camphré, etc., dont l'emploi nécessite une instrumentation spéciale et l'évacuation préalable de la collection purulente. D'une efficacité remarquable et d'une innocuité absolue, sa supériorité réside encore dans son action aussi énergique sur l'abcès fistuleux et par conséquent infecté, que sur l'abcès fermé. »

L'isotonie des globules rouges.

D'après MM. *F. Billon* et *H. Stassano* les lois de l'osmose ne sauraient être appliquées sans réserve aux globules rouges.

Ces éléments, eu égard à leurs propriétés osmotiques, peuvent être considérés comme constitués par une membrane semi-perméable, renfermant un contenu liquide.

MM. Stassano et Billon ont constaté :

1° Que le volume des hématies, en présence de la solution isotonique, augmente tout d'abord, et croît au fur et à mesure que l'on élève le degré de concentration saline intérieure ; ceci contrairement au principe admis sans conteste, à savoir *que le volume globulaire varie en raison inverse de la concentration* ;

2° Que, dans les plasmas isotoniques artificiels, le volume des hématies dépasse toujours un peu le volume des hématies restées dans leur plasma naturel : ce qui est encore en désaccord avec la théorie de l'isotonie ;

3° Que, à l'intérieur des globules rouges, il se produit des réactions moléculaires — reconnaissables dans les hématies, pourvues de noyau, des vertébrés inférieurs — sous l'influence des solutions salines même isotoniques. Ces réactions se traduisent, à l'extérieur, par des modifications chimiques et physiques du milieu. Ce qui prouve que si, dans ces plasmas isotoniques artificiels, les hématies n'abandonnent pas leur hémoglobine et ne changent pas sensiblement de volume, elles se modifient néanmoins, et mettent en liberté des électrolytes. (*Communication du Professeur Giard à l'Académie des sciences*).

Ether et chloroforme

L'éternelle discussion au sujet de la valeur et de la supériorité réciproque de l'éther et du chloroforme, n'est pas près de s'éteindre. A propos de la récente communication de M. Huchard à l'Académie sur le chloroforme, et des observations de MM. Berger, Championnière, Richelot, Le Dentu, l'école de Lyon représentée par M. Poncet est venue défendre l'éther et le laver de toutes les accusations portées contre lui par les « Parisiens. »

« Le chloroforme est plus dangereux que l'éther, proclame M. Poncet.

« Toutes les statistiques en font foi. Les recherches de Juliard, de Gurlt, qui portent sur plus de 100.000 cas, donnent 1 mort sur 2 ou 3.000 chloroformisations et 1 mort sur 13 à 14.000 éthérisations.

« Sur 29.000 éthérisations je compte une mort,

chez un enfant, à l'autopsie duquel nous avons trouvé de vieilles lésions cardiaques, plus accusées du côté des orifices.

« L'éther ne donne pas lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début, si soudainement mortelle, et relativement fréquente avec le chloroforme.

« L'éthérisation simple, c'est-à-dire avec l'éther seul, est préférable à l'anesthésie mixte.

« Rien ne prouve, aucune statistique n'établit, que des complications pulmonaires post-opératoires : bronchite, congestion, broncho-pneumonie, œdème du poumon, etc., soient dues à l'action irritante des vapeurs éthérées.

« Les pneumonies dites d'*éthérisation*, de *chloroformisation*, sont avant tout des pneumonies d'*infection*.

« Les accidents pulmonaires sont probablement aussi fréquents chez les opérés qui n'ont pas été endormis que chez ceux qui ont été anesthésiés.

« Il n'est pas exact de dire que la mortalité, après la narcose par l'éther, dans les jours qui suivent l'opération, redevient la même que celle du chloroforme qui tue, pendant l'anesthésie, sur la table d'opération.

« Cette opinion est d'autant moins justifiée, que les vapeurs de chloroforme, ainsi que le démontrent ses propriétés physiques, sont plus irritantes que celles de l'éther.

« Les contre-indications anciennes, tirées de l'état de l'appareil respiratoire, restent les mêmes que par le passé. Comme les cardiopathies, les aortites, les lésions pulmonaires ne s'opposent pas absolument à l'éthérisation, pour une opération longue, douloureuse, mais l'anesthésie réclame, dans ces cas spéciaux, une surveillance extrême. »

Et nunc erudimini.

La suraération des tuberculeux

M. le Dr *Lalesque*, d'Arcachon, a fait de nombreuses études sur la cure de la tuberculose pulmonaire par la suraération continue.

« Le tuberculeux, dit-il, quelle que soit la forme de sa maladie, quelle qu'en soit la période anatomique ou la complication intercurrente, doit vivre en air pur, frais, renouvelé. *Par tous les temps*, il doit être soumis à l'aération diurne et nocturne, à la *suraération*, selon le terme de Legrand (de Biarritz). Le froid, la chaleur, la sécheresse ou l'humidité, le vent ou la pluie, le brouillard ou la neige, ne sauraient, en aucun cas, devenir une contre-indication à cette aération continue.

La cure d'air est praticable partout. Toutefois, certaines conditions atmosphériques la rendent plus maniable. « Elle est beaucoup plus facile à réaliser dans les régions où la température ne présente que de faibles oscillations, où le soleil pénètre largement, où l'air est pur et sans brouillard, où le sol est sec. » (Marfan.)

Le meilleur moment pour la cure d'air est *la nuit*, même par les froids de — 5 et — 6°.

« Toutefois pour bénéficier (sans inconvénients, pendant les jours froids) de la suraération nocturne, le malade doit prendre certaines précautions, faciles autant qu'efficaces.

« Tout d'abord, le décubitus horizontal — fait d'observation — est un bon élément de défense contre le refroidissement. Dans cette attitude, la déperdition de calorique se réduit au minimum.

« Au moment du coucher, faire, sur tout le corps, région par région, une friction soit à sec, soit à l'aide d'un gant de flanelle ou de crin imbibé d'un liquide aromatisé, alcoolisé, térébenthiné, etc. : bonne méthode, ayant pour résultat, non seulement d'activer la circulation périphérique, mais en plus, d'actionner le système nerveux.

« Pour tout vêtement — point essentiel — porter une longue et ample chemise de flanelle, d'épaisseur variable selon les susceptibilités, hermétiquement close autour du cou et des poignets : Couvrir le malade de couvertures en belle laine légère. Mettre une bouillotte d'eau chaude au fond du lit, ou bien encore ajouter un couvre-pieds ouaté, léger. Proscrire les couvertures de coton, défendant mal du froid, et d'un poids incommodant. Veiller avec soin que la famille, mal inspirée, n'amoncelle pas sur le malade, couvertures, édredons, vêtements, amenant trop souvent la transpiration.

« Ne pas croire cependant que la suraération nocturne, par les grands froids, même dans les climats tempérés, ne puisse donner lieu à quelques inconvénients. Les connaître, c'est les éviter.

« Les malades peuvent se plaindre, au réveil, de mal de gorge (pharyngite légère, amygdales rouges, enrouement passager). Ces malades respirent mal, dorment la bouche ouverte. Pendant le jour, il faut les entraîner à la respiration physiologique par les voies nasales, leur faire discipliner leur respiration comme ils disciplinent leur toux. D'autres se plaignent d'une légère céphalée. Un foulard de soie ou un bonnet de nuit remédie à cet inconvénient. De même, observe-t-on des douleurs rhumatoïdes de la nuque, des épaules, évitées par le port d'une chemise de flanelle plus montante, plus épaisse et par la pratique de frictions au coucher et au réveil.

« L'aération continue est susceptible, de même, de produire la variété la plus fréquente de la froidure au premier degré, l'engelure, résultant plutôt de l'action plusieurs fois répétée du froid que de l'intensité de la réfrigération. Son siège de prédilection aux doigts montre la prépondérance de l'aération diurne sur son apparition. Aussi, par les grands froids continus, ai-je coutume de faire porter de gros gants de laine à mes malades.

« Tous ces inconvénients — on ne saurait dire *accidents*, tant ils sont légers — sont passagers et évitables. En aucun cas, pour un même malade, ils ne sauraient contre-indiquer la suraération, dont l'importance ne le cède en rien à celle de l'alimentation.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Consolidations anormales et vicieuses des fractures. Retard et défaut de consolidation. Cal difforme et douloureux.

Le traitement des fractures peut être, pour le praticien, une source sérieuse d'ennuis. Lorsqu'un malade, en effet, guérit imparfaitement d'une blessure osseuse quelconque, il rend vo-

lontiers responsable de son infirmité le chirurgien qui l'a soigné. Ces temps derniers même, les mœurs actuelles aidant, certains individus n'ont pas hésité à porter leurs plaintes, radiographie en main, devant les tribunaux (1). Aussi l'étude des consolidations anormales des fractures offre-t-elle un grand intérêt, à la fois en pathologie et en médecine professionnelle.

Il existe plusieurs variétés de réparation anormale et vicieuse des fractures. Ce sont

1° Le retard de consolidation ;
2° Le défaut de consolidation ;
3° Le cal difforme ;
4° Le cal douloureux.

Je vais les passer en revue successivement.

I° Retard de consolidation.

Il y a retard de consolidation, lorsque, la période normale de formation du cal étant écoulée, les deux fragments restent mobiles. La durée moyenne de réparation des fractures variant suivant le siège et la nature de celles-ci, il n'est pas possible d'indiquer un délai général s'appliquant à tous les cas. Ainsi, une fracture du fémur guérit plus lentement qu'une fracture de l'humérus, une fracture ouverte et comminutive plus lentement qu'une fracture simple. Tandis que, par exemple, on peut appliquer l'épithète de retardée à une fracture classique de la partie inférieure du tibia non réparée en 6 semaines, il n'en est plus ainsi d'une lésion semblable siégeant à l'extrémité supérieure du même os, où la consolidation est naturellement moins rapide. Il convient donc, avant tout, de tenir compte des particularités et de la durée habituelle de formation du cal propres à chaque fracture.

Quelles sont les causes des retards de consolidation ? Il s'agit, le plus souvent, d'une insuffisance d'immobilisation du membre. Certains foyers de fracture sont, en raison de leur situation, presque impossibles à maintenir en bonne position ; telle, en particulier, la fracture de la moitié supérieure du fémur dans laquelle il est difficile d'avoir une prise efficace sur le fragment supérieur. Le défaut d'immobilisation est dû quelquefois, également, à des attelles trop lâchement ou mal appliquées, à une petite portion de muscle insérée dans la blessure dont elle altère le repos en se contractant avec le corps musculaire principal. D'autres conditions locales entrent parfois en jeu : l'anémie (scorbut local) surtout, provoquée par un bandage trop serré.

Il convient d'énumérer aussi un certain nombre de causes générales : la phosphaturie, la syphilis, l'anémie pernicieuse, la débilité engendrée par la fièvre, le rachitisme, etc., sur lesquelles je reviendrai dans un instant à propos des pseudarthroses.

Le traitement des retards de consolidation doit s'adresser à la fois à la tare constitutionnelle, s'il en existe, et à l'état local. Pour ce dernier, la considération la plus importante est d'obtenir l'immobilisation rigoureuse des fragments, par l'extension et un plâtre bien fait, sans excès de pression et sans interception de la circulation sanguine. Lorsqu'on soupçonne le scorbut local, les douches et le massage sont à recommander. Il est un fait important à connaître : souvent les lésions ne se réparent pas parce que les blessés sont maintenus trop longtemps au lit. On voit plus d'une fois des fractures jusque-là lentes à se cicatriser guérir rapidement, lorsque le malade (le membre convenablement immobilisé bien entendu), sort de son lit et surtout de sa chambre.

II° Défaut de consolidation (pseudarthrose).

Le retard de consolidation est une éventualité simplement ennuyeuse. Le défaut de réparation est, par contre, un fait beaucoup plus sérieux, grave même, puisqu'il laisse le sujet infirme. Heureusement, il est assez rare et ne s'élève guère qu'à la proportion moyenne de 5 pour 1000 fractures prises en général.

Pratiquement, il est très difficile d'établir une ligne de démarcation entre le retard et le défaut de consolidation. On peut dire, sans doute, qu'une fracture classique du tibia non réunie après 6 semaines est retardée et que, si le cal n'est pas ossifié au bout de 3 mois, il y a absence de réparation. La question de temps a son importance, mais jusqu'à ce qu'on ait atteint une date très éloignée elle n'est pas suffisante. L'examen du cal est, alors, fort utile pour le diagnostic. Ainsi la douleur provoquée par des mouvements passifs doux imprimés au membre quelques semaines après l'accident indique le retard et non la pseudarthrose, celle-ci demeurant, dans ces conditions, indolente. De même la présence d'un cal abondant signifie qu'une cicatrisation osseuse est sur le point de prendre place.

La non-consolidation offre différents sièges de prédilection, deux surtout, l'humérus et le fémur. Norris a compté 48 pseudarthroses à l'humérus, 48 au fémur, 33 à la jambe, 19 à l'avant-bras et 2 à la mâchoire inférieure. On doit donc citer, par ordre de fréquence, comme lieux d'élection des pseudarthroses : 1° la fracture de la partie moyenne de l'humérus, portion osseuse dont la nutrition est défectueuse en raison de la nature fibreuse du périoste au niveau de l'insertion du muscle deltoïde ; 2° la fracture de la moitié supérieure du fémur où les fragments subissent un déplacement considérable exagéré encore par le jeu des puissants muscles de la cuisse. L'introduction dans la thérapeutique des appareils à extension continue qui luttent contre la tonicité musculaire a heureusement modifié ce dernier inconvénient sans cependant l'anéantir tout à fait ; 3° les fractures obliques du tibia, celles des deux os de l'avant-bras et celles du maxillaire inférieur.

A ces prédispositions anatomiques se joignent souvent des conditions générales et locales défectueuses. Telles l'anémie profonde, l'anémie pernicieuse ou paludique en particulier, la syphilis avant tout peut-être, quelquefois aussi la phosphaturie, c'est-à-dire l'excessive élimination des phosphates par les urines. La grossesse rentre également dans ce groupe. L'observation de Dupuy, de Bordeaux, est restée classique ; elle concerne une jeune femme enceinte qui, au 3e mois de sa gestation, se fractura la diaphyse fémorale, sans contusion sérieuse. Des attelles furent soigneusement appliquées pendant 30 jours, mais cette période de temps écoulée, les fragments demeurèrent mobiles. On renouvela

(1) Le *Sou médical* en sait quelque chose !

le plâtre, on y joignit l'extension continue pendant 6 semaines encore sans plus de succès, bien que l'état général se maintînt excellent. L'accouchement eut lieu en temps normal et, chose remarquable, un mois après le fémur était complètement soudé.

On a dit que l'âge avancé constituait une cause d'absence de formation du cal. Ceci est une erreur ou du moins un fait contestable. Tous les chirurgiens ont observé des réparations normales chez des vieillards de 60, 70, 80 ans et au-delà. Cette opinion semble avoir pour base ce fait exact que les fractures du col du fémur, lésions fréquentes chez les vieillards, donnent souvent lieu à des pseudarthroses, mais ici le défaut de guérison est le fait du siège de la lésion et non de l'âge. La tête fémorale reçoit ses vaisseaux nutritifs des ligaments ronds (Sappey et Guérin) et surtout du col du fémur. Lorsque les deux parties osseuses sont séparées il se produit de l'insuffisance d'irrigation sanguine artérielle de la tête, d'où une anémie locale et une absence de réparation.

Le scorbut et le rachitisme sont deux causes assez rares de non-consolidation. Le rachitisme léger n'a aucune influence et n'entraîne même pas de retard à la guérison. Les formes graves, par contre, peuvent déterminer un arrêt complet de réparation. On range quelquefois dans les causes de non-union l'ataxie locomotrice. Il n'en est rien, car autant cette affection prédispose aux fractures spontanées, autant la consolidation se fait, chez les tabétiques, avec facilité et rapidité. De même, dans la paralysie infantile, bien que les os soient fragiles et offrent volontiers des signes de dégénérescence graisseuse, la guérison des fractures se produit en temps opportun.

Voyons maintenant les causes locales, plus importantes d'une manière générale que les précédentes. Les fractures comminutives, avec dégâts accusés, prédisposent aux pseudarthroses. Les blessures par armes à feu méritent, à ce propos, une mention spéciale. Les défectuosités de la circulation sanguine, comme il s'en produit à la partie supérieure du fémur et au col fémoral, jouent aussi un grand rôle. Il est fort possible également que la compression au-dessus et au-dessous des deux fragments, en anémiant les plexus artériels péri-osseux, soit responsable des exemples les plus éclatants de cals fibreux (fracture de la rotule). De même, la mobilité excessive des fragments due soit à une mauvaise contention, soit à l'action musculaire (au niveau du tiers supérieur du fémur et du tiers moyen de l'humérus), exerce une influence mauvaise. On a signalé, dans un semblable ordre d'idées, l'interposition d'une portion de muscle ou d'une portion de synoviale dans les blessures voisines des articulations, celles de la rotule en particulier. Beaucoup plus problématique est l'action du liquide synovial lui-même ou de la direction de l'artère nourricière de la diaphyse osseuse. Certains auteurs ont en effet prétendu, sans preuves sérieuses à l'appui il est vrai, que la soudure était plus rapide quand la cassure osseuse avait lieu en un point où l'artère nourricière se dirige.

Quoi qu'il en soit, ces absences de consolidation entraînent, comme résultat final, une fausse jointure appelée pseudarthrose. En pratique, il importe de distinguer trois variétés de pseudarthrose. Dans la première, les deux fragments sont réunis directement par du tissu fibreux; les extrémités osseuses fracturées peuvent être de dimensions normales ou atrophiées comme des baguettes de tambour ou, au contraire, épaissies et rendues bulbeuses par la formation d'un cal végétant. Dans la deuxième variété, les périphéries osseuses seules sont réunies par une capsule fibreuse renfermant une cavité sans ressemblance sérieuse avec une articulation. Quelques points de la capsule sont parfois ossifiés. Dans la troisième variété de pseudarthrose, la membrane fibreuse réunissant les fragments renferme une synoviale et ressemble beaucoup à une véritable articulation.

Les symptômes et les signes indiquant qu'une fracture ne s'est pas consolidée sont les suivants : *a*) la mobilité anormale, phénomène capital et le plus important de la pseudarthrose. Les mouvements passifs, de plus, se font sans douleur à condition de ne pas en exagérer les limites — ce signe permet d'aider à la distinction entre le retard et l'absence de formation du cal ; *b*) les troubles fonctionnels du membre. Celui-ci devient impotent et, s'il s'agit d'un membre inférieur, le sujet est incapable de se tenir debout sur le côté malade.

Le diagnostic de pseudarthrose se fera grâce aux deux signes précédents. Lorsque, après 2 ou 3 mois, il ne s'est pas formé un cal osseux, on doit craindre une non-consolidation, surtout si on peut obtenir des mouvements passifs indolores. Le diagnostic se confirme lorsque la mobilité anormale persiste et le membre reste impotent.

Peut-on tirer des déductions diagnostiques utiles de l'emploi des rayons *X*. Assurément, les radiographies sont précieuses pour le chirurgien, auquel elles indiquent la situation des fragments, leur forme, leurs rapports respectifs, etc. Il sera bon, également, de suivre l'évolution de la réparation par des radiographies faites de temps en temps, mais on ne doit pas attacher trop d'importance à ces examens. Chose curieuse, en effet, même dans une fracture normalement consolidée, une fracture par exemple d'un membre inférieur qui permet de supporter le poids du corps, le cal nouvellement ossifié reste *transparent* aux rayons *X* et donne l'impression du tissu fibreux. Il y a ombre radiographique au bout de quelques mois seulement.

Le traitement des pseudarthroses est à la fois général et local. On soignera, en premier lieu, l'état général du blessé, on donnera le mercure et l'iodure s'il est syphilitique, les antiscorbutiques et le phosphate de chaux, s'il est phosphaturique ou rachitique, on recommandera les sorties, le grand air et les toniques s'il y a anémie. Ce sont, bien entendu, de simples adjuvants tout à fait insuffisants si la pseudarthrose est constituée.

Les méthodes curatives locales sont très nombreuses. Les auteurs anciens ont employé le frottement des fragments l'un contre l'autre, les injections irritantes, l'électrolyse, les sétons, tous procédés peu efficaces et tombés en désuétude. Le meilleur traitement est assurément la résection des extrémités osseuses suivie de suture des deux surfaces avivées, suture par fil ou par vis. Une vis d'acier plantée dans les deux

fragments maintient très bien ceux-ci et est d'ailleurs convenablement tolérée elle-même. On obtient ainsi d'excellents résultats. Il est nécessaire, toutefois, pour que cette pratique soit adoptable, que le chirurgien ait facilement accès sur le foyer de fracture, qu'il puisse tenir l'os en main pour décoller le périoste et suturer. Le tiers inférieur du tibia se prête très bien à l'intervention. Il n'en va plus ainsi d'autres régions osseuses, le tiers supérieur du fémur par exemple, qui est entouré de tous côtés d'artères, de veines, de nerfs importants et de masses musculaires épaisses. Le champ opératoire est limité, ensanglanté, l'intervention se fait dans la profondeur. On conçoit, dans ces conditions, pourquoi la léthalité pour les opérations de pseudarthroses à la région fémorale supérieure est si élevée, 1 décès sur 5 malades en moyenne. Aussi, avant de pratiquer la résection et la suture, faut-il peser les indications et voir si l'existence du patient ne peut pas être rendue tolérable avec un appareil de contention.

III° Consolidations vicieuses. Cal difforme.

Qu'il s'agisse de retard, de défaut de réparation ou de réparation vicieuse, on retrouve toujours les mêmes sièges d'élection, soit le tiers supérieur du fémur, le tiers moyen de l'humérus, etc. En dehors de ces deux variétés de fracture, la consolidation vicieuse est heureusement rare. Une insuffisance de surveillance de la part du chirurgien peut causer cependant une consolidation vicieuse. Quelquefois il s'agit d'une fracture méconnue traitée comme entorse ou contusion, d'autres fois il faut incriminer un appareil mal approprié fixant incorrectement les fragments.

Pour éviter le cal difforme, la première chose à faire est d'établir nettement le diagnostic, s'aidant dans les cas douteux des rayons *X*, puis, après avoir réduit et appliqué un appareil convenable, de voir son malade tous les deux ou trois jours, en surveillant jusqu'à cicatrisation complète.

A part les deux variétés de fractures ci-dessus énoncées où la production d'un cal difforme est quelquefois assez difficile à éviter, les consolidations vicieuses sont heureusement rares.

Leur traitement varie suivant le degré de la lésion. Dans les cas légers, avec un raccourcissement faible du membre et une gêne peu accusée des mouvements, l'emploi d'un appareil prothétique suffit. Mais dans les cas sérieux l'intervention sera plus considérable. Nous possédons, contre le cal difforme, deux opérations ; l'ostéotomie et l'ostéoclasie. L'ostéoclasie (méthode française) consiste à rompre l'os au niveau du cal à l'aide d'instruments assez puissants et à replacer le membre dans un appareil approprié. Les chirurgiens étrangers reprochent à cette méthode de causer des dégâts des parties molles par la forte pression mise en œuvre. Cependant on obtient souvent, avec l'ostéoclasie, de bons résultats sans faire de plaie, sans risque d'hémorrhagie ni d'infection. Il existe d'ailleurs quelques cals difformes qui défient toute opération, tel est le cas des soudures de la fracture des deux os de l'avant-bras avec ossification de la membrane interosseuse.

IV° Cals douloureux.

Deux mots enfin sur les cals douloureux. Il peut exister au niveau des fractures récentes ou anciennes des douleurs plus ou moins vives dont la pathogénie est parfois fort obscure. Le traumatisme est susceptible de réveiller un état général névralgène (goutte, syphilis, rhumatisme). De même on a observé des compressions par cal exubérant du plexus brachial (fracture de la clavicule), du cubital (fracture de l'épitrochlée) du radial, etc. Souvent les douleurs naissent sans motif appréciable.

Cette complication des fractures se traduit donc par une douleur continue ou lancinante, spontanée ou provoquée, dans le foyer traumatique. S'il y a compression nerveuse, des troubles sensitifs, moteurs et trophiques s'y joignent, retard des perceptions, paresse ou paralysie musculaire, modification des sensibilités thermique et de contact.

Le traitement consistera en révulsifs, sinapismes, et vésicatoires, en calmants. La résection de l'excès de cal si ce dernier est exubérant sera utile. En général, le cal douloureux demeure tel pendant longtemps, mais il finit, dans la grande majorité des cas, par disparaître complètement.

Dr P. Lacroix.

OPHTHALMOLOGIE

Nous empruntons le très intéressant article qui suit au *Journal de médecine et de chirurgie*, et nous le soumettons à l'attention des confrères qui sont mêlés à l'application de la loi accidents du travail.

Traitement des traumatismes oculaires

Par le docteur A. Trousseau,
Médecin de la Clinique Nationale
des Quinze-Vingts.

Des premiers soins donnés aux traumatismes oculaires dépend souvent l'avenir de l'œil traumatisé et même de son congénère ; presque toujours, on peut, par une intervention sagace, empêcher l'infection de survenir sur l'œil blessé et éviter l'ophtalmie sympathique.

Que si on n'était pas convaincu *a priori* de l'importance de cette question, la statistique suffirait à la démontrer. J'ai établi que les blessures de l'œil sont environ dans la proportion de 6 pour 100 dans l'ensemble des affections oculaires qui entraînent la cécité.

Les hommes, cela se conçoit, en sont plus fréquemment affectés, de par leur genre de vie ; les ouvriers, et surtout les ouvriers d'usines, y sont particulièrement exposés.

J'étudierai tout d'abord les lésions traumatiques de chaque membrane prise en particulier, puis je terminerai par l'étude des traumatismes en masse.

Contusions, plaies, brûlures, corps étrangers, tels sont les paragraphes de chacun des chapitres que je passerai successivement en revue.

Conjonctive. — Cette membrane, la plus superficielle, est, de ce fait, la plus exposée. Mais le traumatisme limité à la seule conjonctive est le plus souvent dépourvu de gravité.

Les *contusions* peuvent se produire, soit indirectement, à travers les paupières (coups de poing, coups de bâton, chute sur un corps dur), soit directement (coups d'ongle, éclats de pierre,

etc.). Dans les deux cas elles ont peu d'importance. Elles se traduisent par une hyperhémie, une rougeur plus ou moins accusée, qui cède rapidement au traitement : repos de l'œil, compresses humides aseptiques (eau boriquée, boricine).

Assez souvent il se produit un certain degré d'œdème sous-conjonctival, de chémosis. Le traitement est le même.

Eviter, comme dangereux, l'emploi de l'arnica ou du sous-acétate de plomb (eau blanche), qui ont été trop souvent prescrits.

Le mode d'apparition des ecchymoses est loin d'être sans intérêt : la fracture du crâne s'accompagne parfois d'ecchymose sous-conjonctivale c'est ce qui a pu faire dire que l'ecchymose sous-conjonctivale était pathognomonique de la fracture du crâne. Ainsi présentée, cette proposition est inexacte ; il importe de faire le diagnostic, qui est d'ailleurs facile : l'ecchymose succède-t-elle immédiatement à l'accident, il s'agit d'une simple conjonctivite traumatique. L'ecchymose symptomatique de fracture du crâne n'apparaît que tardivement, 2, 3 ou 4 jours après.

Plaies. — Les piqûres sont justiciables des lavages antiseptiques ; les plaies linéaires appellent en plus une légère compression pour obtenir la réunion rapide. En cas de déchirure, la réunion pourra être parfois un peu plus difficile s'il n'y a que solution de continuité, une simple suture suffira, après cocaïnisation ; mais s'il manque un fragment, il y a lieu de disséquer sur une petite étendue la muqueuse, très élastique, et d'opérer le rapprochement, puis la suture.

Si la déchirure est trop importante, cette petite manœuvre n'est plus possible ; mais il ne faut pas s'effrayer en voyant la sclérotique à nu: pourvu qu'on observe une antisepsie rigoureuse, la cicatrisation se fera, lentement peut-être, par bourgeonnement, mais se fera. Surveiller les bourgeons et pratiquer au besoin quelques cautérisations pour les réprimer.

Les *brûlures* de la conjonctive sont très fréquentes ; les premiers soins ont là une haute importance, et le précepte suivant doit être présent à l'esprit : éviter le symblépharon à tout prix.

A la vérité, elles sont parfois légères, et c'est le cas lorsqu'elles sont produites par des corps en fusion ou en ignition qui ne font que frapper l'œil et n'y séjournent pas (phosphore enflammé, bout de cigare, fer à friser, etc.). Les désordres sont alors limités à une simple hyperhémie de la muqueuse ou à une petite escarre insignifiante.

Autrement graves sont généralement les brûlures produites par des agents chimiques (acide sulfurique, acide azotique, acide acétique, chaux vive) ; il s'agit dans ces cas, après s'être enquis de la nature de l'agent vulnérant, d'en faire au plus vite la dilution par un lavage à grande eau.

Toutefois, exception sera faite pour les brûlures par la chaux vive ; la dilution n'aurait pour effet que de répandre son action caustique et d'en augmenter la gravité.

En présence d'un acide, on neutralisera son action avantageusement par l'emploi d'une base, bicarbonate de soude, eau de Vichy, par exemple. En présence d'une base autre que la chaux, la neutralisation pourra être obtenue par des lotions acidulées (acide borique).

La brûlure par la chaux sera combattue par un abondant lavage à l'eau sucrée pour former un saccharate de chaux soluble, pas irritant, ainsi que l'a conseillé Gosselin. Il sera bon aussi d'évacuer, à l'aide d'une pince, tous les fragments qu'on pourra saisir en explorant les culs-de-sac, après cocaïnisation.

Quoi qu'il en soit de l'agent caustique, quand on a affaire à une brûlure de quelque gravité, le malade devra être entouré de soins constants, en vue d'éviter le symblépharon. Pour cela, il est important de remplir, de bourrer les culs-de-sac conjonctivaux avec de la vaseline, d'une façon pour ainsi dire continue, et de mobiliser fréquemment les parties atteintes.

Je veux enfin attirer l'attention sur les brûlures occasionnées par l'emploi inconsidéré de certains agents thérapeutiques, tels que le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, etc. Il va sans dire que la première chose à faire est d'arrêter le traitement et d'employer les antiphlogistiques (compresses tièdes d'eau bouillie).

Je rappellerai que, chez tout malade qui prend à l'intérieur de l'iode ou un iodure, on devra proscrire l'emploi de la pommade jaune ou du calomel qui donnerait lieu à la formation d'un biiodure de mercure, combinaison éminemment caustique.

Les *corps étrangers* de la conjonctive sont d'une observation vulgaire. Le plus souvent ils se logent dans les culs-de-sacs et principalement dans le cul-de-sac supérieur, d'où ils sont faciles à extraire après retournement des paupières.

Ils sont représentés par des grains ou des fragments de toute espèce. Parfois ils s'incrustent dans la muqueuse et leur évacuation est aisée s'ils siègent au niveau de la muqueuse palpébrale. Mais s'ils sont fixés dans la muqueuse bulbaire, cette évacuation donne lieu à une certaine difficulté à cause de la laxité de la membrane à ce niveau. Le manuel opératoire consiste à saisir le corps étranger entre les mors d'une pince et à sectionner avec des ciseaux au ras de la pince, de façon à éviter autant que possible les délabrements. A la suite d'une explosion de mine, on peut voir des conjonctives criblées de grains de poudre, dont l'extraction est des plus laborieuses ; on ne saurait, dans ce cas, agir avec trop de douceur ; il ne faut pas vouloir tout enlever en une seule séance, trop de hâte pourrait être cause de dégâts considérables.

Un mot aussi des corps étrangers ignorés. Maintes fois on observe des malades atteints de conjonctivite rebelle et intense ayant résisté à tous les traitements En présence d'une conjonctivite restée monoculaire et irréductible, on doit soupçonner la présence d'un corps étranger et retourner la paupière. Presque toujours on découvrira la cause du mal. Les corps étrangers restés ignorés sont parfois volumineux. J'ai observé la présence, dans le cul-de-sac conjonctival d'un enfant, d'un épi d'avoine qui y avait séjourné plus de deux mois !

Cornée. — Le traumatisme de la cornée est fréquent, au même titre que celui de la conjonctive.

Mais les contusions pures, sans plaie ou érosions, sont rares. Elles n'amènent au reste qu'une irritation de l'œil le plus souvent légère et fugitive. Dans quelques cas, toutefois, on a pu observer un degré plus ou moins accentué d'infiltration, voire même du sphacèle, mais c'est l'exception.

Plus généralement, la contusion est éclipsée par quelque plaie de cette membrane.

Les plaies de la cornée peuvent être envisagées tout d'abord sous le rapport de leur profondeur et être divisées en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes.

Les plaies non pénétrantes offrent une gravité bien différente suivant qu'elles sont ou non infectées. Si l'infection est évitée, on obtient une guérison rapide par un traitement approprié : lavages, compresses chaudes, pansement aseptique légèrement compressif. Les instillations de pilocarpine sont employées avec avantage comme sédatif ; la cocaïne doit être rejetée parce qu'elle desquame la cornée.

A la suite d'une plaie non infectée, il pourra parfois se produire une taie, mais la chose est de peu d'importance en regard des redoutables complications que peut entraîner l'infection de la plus légère érosion. C'est ainsi qu'une plaie même superficielle peut donner lieu très rapidement à la formation d'un ulcère à hypopion (ulcère rongeant), s'accompagnant parfois d'iritis, d'iridocylite, d'irido-choroïdite et de panophtalmie, sans parler de la destruction de la cornée. On évitera donc l'infection par tous les moyens.

Tout objet vulnérant doit être supposé septique (éclats de pierres et de toutes sortes, épis de blé, etc.) ; mais à supposer qu'il n'en soit rien, l'infection peut provenir secondairement de l'œil lui-même ou de ses annexes. Il faut penser à la conjonctive, aux bords palbébraux, surtout aux voix lacrymales. et désinfecter soigneusement les culs-de-sac par de grands lavages répétés au sublimé à 1 p. 5000, assurer le libre cours des larmes par des cathétérismes, pratiquer au besoin des injections dans les voies lacrymales ou même leur curetage.

Quant aux plaies pénétrantes, leur pronostic, en dehors même de l'infection, est toujours plus sérieux, car les organes sous-jacents, l'iris, le cristallin, peuvent être atteints du même coup.

Les piqûres produites le plus souvent par des aiguilles, des plumes à écrire, etc., peuvent, si elles ne dépassent pas les limites de la chambre antérieure et si les objets piquants sont aseptiques, guérir rapidement sans amener des désordres marquants.

Mais une coupure donne lieu généralement à des phénomènes plus troublants ; à la suite de la perforation, la chambre antérieure s'affaisse, l'iris, entre en contact avec la face postérieure de la cornée et la perforation peut se compliquer de hernie de l'iris, avec ses conséquences. Souvent, quoi qu'on fasse, on n'évitera pas le staphylome ou le leucome adhérent.

Le traitement consistera avant tout dans la désinfection, car ici encore le rôle de l'infection est prépondérant.

On réduira l'iris s'il y a lieu, ou on résèquera sa hernie. Une instillation d'atropine, ou de pilocarpine, suivant le siège central ou périphérique de cette plaie, aidera à éviter l'enclavement de la membrane irienne.

Dans quelques cas, principalement quand on se trouve en présence d'une plaie anfractueuse, on pourra, à l'aide de la conjonctive disséquée sur une certaine étendue, puis suturée par-dessus la plaie, obtenir une coaptation satisfaisante. Mais encore une fois, l'indication capitale est dans l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les brûlures de la cornée offrent de nombreuses analogies avec celles de la conjonctive, auxquelles d'ailleurs elles sont fréquemment associées. Elles sont justiciables du même traitement.

Superficielles, elles ne produisent qu'un léger trouble dans la transparence de cette membrane trouble qui ne tarde pas à se dissiper. Plus profondes, elles peuvent entraîner la perforation du globe.

Les brûlures par les acides, par la chaux, etc., sont, comme pour la conjonctive, les plus à redouter.

Le pronostic, dans les brûlures de la cornée, n'est pas toujours en rapport avec les désordres initiaux. C'est ainsi que la brûlure par un fer à friser ou à onduler, très fréquente, est le plus souvent dépourvue de gravité, quoique s'accompagnant, immédiatement après l'accident, de symptômes tapageurs, vive douleur et même opacification presque totale de la cornée. Le plus souvent, l'épithélium superficiel est seul atteint et les choses ne tardent pas à rentrer dans l'ordre.

Par contre, une brûlure par l'ammoniaque, quoique légère en apparence, est presque toujours très grave. La cornée, transparente tout d'abord, se trouble progressivement, l'opacité s'accentue peu à peu et devient bientôt totale et persistante, ainsi que je l'ai démontré.

L'iridectomie optique est alors la seule ressource.

Les corps étrangers de la cornée s'observent journellement. Ils donnent lieu parfois à une réaction violente, photophobie, blépharospasme. Parfois aussi ils sont tolérés pendant assez longtemps sans provoquer d'autres phénomènes qu'une gêne légère. En tous cas on devra les extraire sans tarder, de crainte de complications ; mais la première condition est de les bien voir, et on devra souvent avoir recours à la loupe et à l'éclairage oblique.

Le diagnostic est généralement facile. Le corps étranger forme une petite tache noire ou brune à la surface de la cornée, avec un cercle grisâtre. Il est bon, à ce propos, d'attirer l'attention sur une erreur qui a été commise plusieurs fois : une coque de millet adhérent à la cornée peut en imposer pour une phlyctène ou un abcès.

L'extraction d'un corps étranger est, la plupart du temps, chose aisée. S'il est superficiel, il suffit d'opérer un petit grattage avec une fine curette. S'il est incrusté dans les lames de la cornée, on le libère à l'aide d'une aiguille spéciale ou de la pointe d'un bistouri.

On fera précéder l'opération d'une instillation de cocaïne et on s'entourera, cela va sans dire, de toutes les précautions antiseptiques.

Il peut arriver qu'un corps étranger ait pénétré si profondément dans l'épaisseur de la cornée, qu'il risque de passer dans la chambre antérieure.

Alors on devra faire coup sur coup des instillations d'ésérine ou de pilocarpine pour contracter la pupille et protéger le cristallin, puis on procèdera à l'extraction avec un soin minutieux. L'aimant peut rendre de grands services pour l'enlèvement de certains corps étrangers (fer).

Les soins consécutifs consistent en lavages avec une solution antiseptique. S'il y a des dégâts de quelque importance, on prescrira les instillations de pilocarpine et le bandeau occlusif.

Certaines professions exposent plus particulièrement aux corps étrangers de la cornée : les tourneurs, les affréteurs, les serruriers, les mineurs, les cantonniers, en sont fréquemment atteints. Il est bon de leur recommander, par mesure prophylactique, de se munir de lunettes protectrices.

Les corps étrangers de la chambre antérieure constituent la seule affection de cette région dont nous ayons à nous occuper ici. Leur présence est un danger pour les organes voisins ; il importe donc de les évacuer au plus tôt à l'aide d'une pince, par une ouverture pratiquée au limbe avec le couteau lancéolaire.

Iris. — Cette membrane, cela se conçoit, est moins exposée aux traumatismes que les précédents ; en général sa blessure est liée à des traumatismes plus profonds.

Les contusions sont fréquentes ; à la suite d'un choc sur le globe (coup de poing, etc.), l'iris subit un ébranlement qui peut produire son décollement, sa déchirure ou une paralysie du sphincter. Ces accidents s'accompagnent généralement d'hypohœma et souvent de luxation du cristallin et de lésions des autres membranes.

Le décollement de l'iris se signale par la déformation de la pupille et par l'apparition au niveau du grand cercle d'une fente plus ou moins large, nouvelle pupille qui permet de voir, à l'aide du miroir ophtalmoscopique, le reflet rouge du fond de l'œil. De plus, la portion décollée change de couleur, devient grisâtre, et parfois flotte dans la chambre antérieure.

La déchirure, plus rare, intéresse le sphincter et se traduit par une dilatation et une déformation de la pupille avec tous les signes d'un iritis.

Le traitement des contusions de l'iris est celui des iritis : repos de l'œil, compresses chaudes, atropine.

Les plaies de l'iris n'existent jamais seules ; elles appartiennent généralement aux plaies en masse, et causent une vive douleur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La proposition du Dr Bataille sur la taxation des honoraires médicaux.

M. le Dr Bataille, sénateur, préoccupé des difficultés que rencontrent les médecins pour le recouvrement de leurs honoraires, a pensé trouver une solution économique et pratique dans la proposition de loi qu'il a déposée sur le bureau du Sénat et qui vient d'être prise en considération. Avant que les législateurs aient poussé plus avant l'étude de cette proposition, il est indispensable que le corps médical soupèse les avantages et les inconvénients qu'elle présente pour lui.

Le Dr Bataille voudrait établir pour les médecins un régime analogue à celui qui régit les officiers ministériels, greffiers, notaires et experts. Le principe de la créance étant mis hors de contestation, il s'agirait pour le médecin d'obtenir du juge, agissant comme taxateur dans le silence de son cabinet, qu'il règle sa note d'honoraires comme on règle un mémoire de frais ou de vacations. La taxe du juge ne serait pas définitive, tant qu'elle n'aurait pas été acceptée de part et d'autre, et l'une ou l'autre des deux parties, soit le médecin, soit le client, aurait le droit de former opposition à la taxe. La discussion deviendrait alors contradictoire devant le tribunal de paix ou le tribunal civil qui entendrait les débats en chambre du Conseil et rendrait son jugement en audience publique, conformément à la procédure instituée en matière d'opposition à taxe. Ce projet séduit tout d'abord par l'apparence de simplification qu'il semble apporter. Mais ce n'est là qu'une apparence.

Une première difficulté se présente qui résulte de l'absence de toute tarification fixe et ayant force de loi, en matière d'honoraires médicaux, alors qu'en toute matière où il y a lieu à taxation la loi ou des règlements fournissent au juge une base fixe d'appréciation. Les conditions toutes spéciales et essentiellement variables de l'exercice de l'art médical rendent à peu près impossible l'établissement d'un tarif *légal* pour les honoraires médicaux. Tant qu'on n'aura pas fait du médecin un fonctionnaire, il ne saurait trop s'élever contre l'idée d'une semblable règlementation qu'on ne manquerait pas de diriger contre ses intérêts. Au surplus, le Dr Bataille supplée à l'absence d'un tarif légal, en donnant, dans l'article 2 de sa proposition, au magistrat taxateur la faculté de s'inspirer des usages locaux et des « tarifs officieux y relatifs ». Cette disposition ne réaliserait aucun avantage pour le médecin, puisque les tarifs établis par les syndicats, ou résultant des usages locaux, n'auront aucune force obligatoire et ne vaudront que comme éléments d'appréciation, dont le juge pourra tenir compte ou non, suivant sa fantaisie. C'est ce qui existe actuellement et la loi nouvelle ne changerait en rien la situation.

Mais ce n'est pas là le point le plus vulnérable du projet du Dr Bataille au point de vue de la sauvegarde des intérêts médicaux, car les autres dispositions de la proposition Bataille présentent pour le médecin des inconvénients graves et réels que nous devons signaler.

Le corps médical proteste depuis longtemps contre la prétention des magistrats d'évaluer, sans autre secours que celui de leur jugement personnel, la valeur du service rendu par le médecin à son malade. Il s'indigne de ce que, alors que la magistrature recourt à l'expertise pour apprécier un mémoire de maçon, de serrurier ou de couturier, elle règle elle-même la créance médicale, et n'hésite pas à tailler et rogner, au petit bonheur, dans les mémoires des médecins. Il dit aux juges : « Vos connaissances techniques en matière médicale sont au moins aussi insuffisantes qu'en matière d'industrie du bâtiment ou de commerces spéciaux. Bien plus, vous êtes exposés, en cette matière, à vous croire une compétence relative, basée sur les préjugés ou les idées fausses qui ont cours dans le public. Vous faites partie de ce public dans lequel tout le monde se croit un peu médecin, sans avoir jamais fait d'études spéciales, et par suite vous êtes encore plus exposés à l'erreur en matière médicale qu'en toute autre matière. Vous ne devriez jamais évaluer une note d'honoraires de médecin un peu complexe, sans demander un avis à des experts compétents ». Or la proposition de M. Bataille tend à donner au juge le droit d'évaluer les honoraires médicaux, sans même qu'il ait, pour le guider, les explications que comporte une discussion entre les parties. Bien plus

elle présente cet inconvénient que tout client récalcitrant — et qui n'aura pas payé sur l'envoi pur et simple de la note du médecin — exigera la taxe, n'ayant rien à y perdre et pouvant espérer toujours une réduction.

Qu'arrivera-t-il si le juge fait une réduction que le médecin estimera abusive ? Celui-ci sera obligé pour obtenir du juge — si disposé à admettre en règle son infaillibilité — qu'il rétracte sa taxe, de citer devant lui son débiteur. Ce dernier se contentera de dire : « Je veux bien payer ce que la justice déclare être dû par moi. Or, elle a d'elle-même, fixé ma dette à telle somme. Eh bien je vous l'offre ». Alors ce sera au médecin qui aura refusé d'accepter la taxe, qu'incombera la tâche de convaincre le juge de son erreur. Et le juge sera d'autant plus difficile à faire changer d'avis qu'il verra l'une des parties applaudir à la sagesse de son évaluation. Si le médecin ne réussit pas, les frais de *l'opposition à taxe* lui retomberont sur le dos. Le débiteur récalcitrant, dans cette hypothèse, jouera, comme on dit vulgairement, à peu près sur le velours.

D'autre part, la proposition Bataille offre-t elle aux médecins, en compensation de ces inconvénients, des avantages sérieux au point de vue de la rapidité des recouvrements ? Nous ne le croyons pas.

Pour toutes les notes inférieures à 100 fr. le juge de paix est compétent en dernier ressort. Jusqu'à 200 fr. il est compétent, à charge d'appel, lequel est porté devant le tribunal civil.

Avec la tentative de conciliation, combien de temps faut-il en justice de paix pour obtenir jugement ? quinze jours au plus. Mettons trois semaines pour certaines justices de paix plus chargées d'affaires.

Avec la taxation, il faudra attendre d'abord que le juge de paix rende au médecin son mémoire taxé. Suivant la diligence que le juge mettra à accomplir ce travail, le médecin attendra le retour de sa taxe quelques jours ou quelques semaines, ou même quelques mois, lorsque le juge sera trop surchargé de besogne. S'il y a ensuite opposition à la taxe, soit de la part du médecin, soit de la part du débiteur, les délais seront exactement les mêmes que ceux nécessaires, d'après la procédure actuelle, pour obtenir un jugement. Dans ce cas le médecin aura perdu tout le temps consacré par le juge pour faire sa taxe.

Devant le tribunal civil, le temps nécessaire pour obtenir la taxe est en général moins long que pour obtenir un jugement. En fait, la taxe peut être obtenue des juges, d'ailleurs très surchargés de besogne de ce genre devant certains tribunaux, au bout d'un mois ou deux, à dater du dépôt. Pour obtenir un jugement, il faut, suivant les tribunaux, de deux mois à six mois, ou même une année. Il est vrai que, avec la procédure d'opposition à la taxe, le temps nécessaire pour obtenir une solution est en général moins long que pour obtenir un jugement. Il peut varier entre 15 jours et deux mois.

Ce ne serait donc que pour les demandes en paiement d'honoraires venant devant le tribunal civil, c'est-à-dire dont le montant est supérieur à 200 fr., que les médecins trouveraient dans la proposition Bataille, un avantage consistant uniquement dans la possibilité d'obtenir plus rapidement un titre exécutoire.

Or, il n'est pas douteux que le plus grand nombre des notes d'honoraires médicaux pour le recouvrement desquelles le médecin est obligé de recourir à la justice, sont inférieures à 200 fr.

L'avantage présenté par la proposition dans le plus petit nombre des affaires de recouvrement, au point de vue du temps à gagner pour obtenir un titre, compense-t il les inconvénients que nous venons de signaler et qui se produiront pour la totalité des recouvrements médicaux ? C'est au Corps médical à y réfléchir et à se prononcer.

Il est plus que douteux d'ailleurs que le Parlement fasse bon accueil à une semblable proposition, parce qu'elle innove au point de vue des principes. On répondra certainement qu'il n'existe aucune raison pour appliquer aux médecins le régime de la taxation, régime tout exceptionnel et destiné à la seule catégorie des officiers ministériels et des mandataires de justice ; que la règle, en matière d'actions tendant à l'exécution d'une obligation, est la tentative de conciliation et le débat contradictoire préalables ; qu'après les médecins, rien n'empêcherait, s'ils le jugeaient utiles à leurs intérêts, les architectes, puis les entrepreneurs du bâtiment, et ensuite les différentes professions de réclamer la taxation, comme formalité initiale de toute demande en paiement.

Mais, ce n'est pas cet ordre de considérations qui nous empêcherait d'appuyer la proposition. Nous ne sommes point *a priori* hostiles aux innovations susceptibles de déranger la belle ordonnance de nos procédures, et peu nous importerait de voir faire des accrocs aux règles, fondamentales ou non, du droit, si elles étaient destinées à y introduire plus de justice. C'est uniquement au point de vue de l'intérêt du Corps médical que nous nous plaçons ici.

Or, dans cet ordre d'idées, la proposition du Dr Bataille — dont les bonnes intentions sont manifestes — nous parait peu acceptable. Le souci de sa dignité même, doit éloigner le Corps médical de toute mesure susceptible de le rapprocher de la *fonctionnarisation*, cette maladie endémique du peuple français.

Le Bureau du Sou Médical.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association Générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France

5, *rue de Surène, Paris.*

CONSEIL GÉNÉRAL.

Séance du 20 *février* 1902.

Sous la présidence de M. BROUARDEL.

La correspondance comprend une lettre de M. le secrétaire du syndicat de Nantes, protestant contre le refus de la société locale de cette ville qui n'a pas voulu accepter un membre de l'Association amicale. Des renseignements ont été demandés au président de l'Association de la Loire-Inférieure.

M. le Président de la société du Loiret a envoyé à M. le secrétaire-général le libellé des articles qui modifient les statuts de cette société et mentionnent l'exclusion des femmes divorcées ou remariées à un étranger à la profession médicale.

M. le secrétaire général aura prochainement une entrevue avec M. le chef du bureau des institutions de prévoyance afin de faire régler par M. le ministre de l'Intérieur cette question restée en suspens après la dernière assemblée.

M. le Président croit impossible de rayer, sauf les cas d'indignité notoire, un membre d'une société de secours mutuels qui a versé ses cotisations. Il pense donc que l'admission des femmes, quand elle a été prononcée, doit être définitive.

M. Gripat, président du Syndicat d'Angers, demande les formalités à remplir pour un membre d'une société locale désirant quitter celle-ci pour se faire inscrire à la Société Centrale. D'autre part, M. Billon, secrétaire de la société du Jura, demande que les statuts de l'Association mentionnent expressément « que tout médecin qui voudra être admis dans une société autre que celle de sa résidence, soit tenu à joindre à sa demande une lettre signée des membres du bureau de sa société locale et déclarant ne pas s'opposer à son admission ».

M. Lereboullet a répondu que la mesure proposée par M. Billon était excellente, mais qu'il n'était point nécessaire, pour la faire adopter, de modifier nos statuts. Il suffira d'en aviser les sociétés unies. Cette réponse est approuvée par le Conseil.

M. Philbert communique deux lettres de confrères, qui ayant lu les comptes-rendus du Conseil général, demandent à faire partie de l'Association.

M. Blache annonce qu'il a reçu notification de l'approbation des nouveaux statuts modifiés le 10 novembre dernier.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de la séance annuelle des 6 et 7 avril et vote sur la désignation des nouveaux membres du Conseil qui seront présentés au vote de l'Assemblée générale.

Il est décidé que la séance du dimanche sera consacrée non seulement à la lecture des rapports statutaires, mais à la discussion des questions mises à l'ordre du jour ; par conséquent cette séance ne sera point publique, mais réservée aux membres du Conseil général et aux délégués des sociétés unies. Dans la séance du lundi, on continuera la discussion des questions mises à l'ordre du jour. Le banquet aura lieu le dimanche. Une réception ouverte aura lieu chez M. le président Brouardel, le lundi.

Le Conseil examine ensuite les statuts de la Mutuelle médicale de Saumur et de la Caisse de retraites que propose de fonder la société de l'Isère. Il est d'avis de ne pas conseiller aux membres de l'Association leur adhésion à ces œuvres.

M. le Trésorier a reçu l'état de la situation financière de l'Association amicale. Cet état, ainsi que le résumé de la situation de la Caisse des retraites, figureront à l'Annuaire.

M. le Trésorier rend compte des achats de rente qu'il a effectués avec le produit de la vente de la ferme de Montsoutin, provenant du legs Marjolin.

Des subventions s'élevant à 700 fr. sont votées à la société de la Dordogne et à celle de Toulon.

M. Sainton demande des instructions au sujet du rapport sur les pensions de retraites. Le conseil décide que toutes les pensions seront portées à 800 fr.

M. de Ranse fait part des études qu'il a entreprises pour établir le prix de revient d'un bulletin de l'Association. Cette question sera discutée à la prochaine séance, et fera l'objet d'un rapport à l'Assemblée générale des 6 et 7 avril.

Le Secrétaire, Emile PHILBERT.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Election au Conseil supérieur de la Mutualité. — L'élection a eu lieu le 23 février dernier, comme nous l'avons annoncé. La commission de recensement des votes, instituée au ministère de l'intérieur, par arrêté du 22 juillet 1899, s'est réunie le 7 mars et a proclamé les résultats suivants :

Suffrages exprimés........................ 130
Majorité absolue........................... 66

Ont obtenu : MM. les docteurs Gairal, 81 voix ; Archambaud, 36 ; Henrion, 1 ; Raynal, 2 ; Le Reboullet, 1 ; Lardier, 1 ; Lande, 1 ; Guibert, 1 ; Cézilly, 1 ; Reithe, 2. — Bulletins blancs, 3.

M. le docteur Gairal ayant obtenu la majorité absolue, la commission le proclame élu membre du conseil supérieur de la mutualité.

Hôpitaux et Facultés.

CONCOURS DES HÔPITAUX (*Chirurgie*). Le Jury du concours pour deux places de chirurgien des Hôpitaux est définitivement ainsi fixé : MM. Lannelongue, Morel-Lavallée, Peyrot, Potherat, Reclus, Reynier, Walther.

CONCOURS D'INTERNAT. — Séance du 7 mars (Dernière séance d'épreuve écrite).

MM. Laborde, 8 ; Hautant, 12 ; Lemaire (H.), 8 ; Duval, 9 ; Pathault, 9 ; Dézarnaulds, 8 ; Philibert, 9 ; Absent : M. Cailleux.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de la seconde série les 188 candidats ayant obtenu un minimum de 15 points.

Séance du 10 mars. — Première séance d'épreuve *orale* : Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. — Complications articulaires de la blennorrhagie. (Symptômes et Diagnostic) : MM. Rottenstein, 12 ; Gardeau, 15 ; Tixier (Léon), 13 ; Dézarnaulds, 11 ; Dupouy, Daversin, 9 ; Alquier, 14 1/2.

Séance du 13 mars. — Muscles, Péroniers latéraux ; Causes et Symptômes du mal perforant plantaire. — MM. Walter, 8 ; Rousseau, 12 ; Masson, 14 ; Blandin, 10 ; Thuilleux, Debidour, 6 ; Ferry, 14 ; Georgel, 11 ; Faure, Beaulieu, 16 ; Rodocanachi.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4803. — M. le docteur DUVAL, de Valognes (Manche), membre de l'Association Amicale et de l'Association des médecins de la Manche.

N° 4804. — M. le docteur BOISSIER, de Billancourt (Seine), présenté par le docteur Duchesne, de Boulogne-sur-Seine, vice-président de la Société médicale du 7e arrondissement et membre du Syndicat de la Seine.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 13 29 MARS 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Constatations encourageantes.

Tous ceux qui, s'intéressent à nos luttes et au succès de nos revendications, doivent avoir, comme nous-mêmes, de ces heures où l'impatience et la fatigue semblent appeler la veulerie et le découragement. Des Syndicats ardents, des confrères qui furent longtemps aussi militants que bien inspirés, ont cédé parfois à ces défaillances que le *Concours* doit s'interdire.

Sans doute, l'entrain et l'enthousiasme de nos Assemblées générales viennent les retremper tous les ans. Mais cela ne suffit pas.

Il faut que, dans l'intervalle de nos fêtes annuelles, nous soutenions soigneusement leur moral en leur faisant connaître tous les succès, petits ou grands, tous les espoirs plus ou moins fondés, qui stimulent notre propre énergie et la rendront plus communicative encore.

Livrons-nous donc à une revue rapide dont on excusera le décousu.

***

Nous avons pendant deux ans crié les dangers de l'encombrement médical. Après avoir entendu tous ceux qui, sur la demande de M. Lepage, sont venus proposer des remèdes à la situation, le rapporteur de notre commission, M. le Dr Gouffier, a conclu qu'il fallait tout d'abord : 1° poursuivre la suppression des dispenses militaires ; 2° rendre les études et les examens plus difficiles ; 3° nous grouper plus intimement dans nos Sociétés de défense professionnelle ; 4° mieux instruire les jeunes de leurs futurs devoirs, etc... et surtout 5° faire parvenir les résultats de notre enquête aux pouvoirs publics, aux établissements d'enseignement, à la presse, aux familles.

Le *Concours* et le *Sou médical* ont rempli cette dernière partie du programme, et, aussitôt, pendant que nos amis, MM. Le Gendre et Lepage, assumaient une autre tâche, pendant que nous faisions campagne ardente pour stimuler les Syndicats, nous voyions nos confrères du Parlement se ranger du côté de la suppression des dispenses, et nos maîtres se montrer examinateurs plus rigoureux.

Nous avons donc été entendus : nous n'avons pas prêché dans le désert.

La preuve tangible, allez-vous dire ? La voici.

Il y avait, vers 1898, sept ou huit cents étudiants nouveaux chaque année à la Faculté de médecine de Paris. Or, il s'en est inscrit 250 seulement à la dernière rentrée !

Conclusion : si la croisade porte ses fruits, il faut la poursuivre avec acharnement, comme on pousse, l'épée dans les reins, un ennemi déjà en déroute.

***

Il était devenu de bon goût dans les prétoires de la fin du dernier siècle, de jeter, en travers de tous nos actes les plus légitimes de la pratique journalière, cette menace digne des siècles barbares et néfaste à tout progrès de l'art du praticien, qui a nom la responsabilité médicale. Des magistrats d'une incompétence absolue s'étaient mis à la remorque de journalistes inconscients pour appeler nos insuccès des scandales, et pour en doubler l'amertume par des

distributions de peines infamantes : amendes, dommages-intérêts, prison même, comme au temps de Galilée. « Sus au médecin », semblait devenir le mot d'ordre dans toutes les affaires, où nous avions à fréquenter les tribunaux.

Un beau mouvement de révolte nous a fait alors mettre debout le *Sou médical*. Autour de cette œuvre solidement bâtie pour les revendications de haute équité, sont venus se ranger, avec une discrétion nécessaire que nous ne trahirons pas, de grands noms, de puissants appuis, des collaborations dévouées, et, surtout cette masse des praticiens adhérents qui donne le sentiment de la force, qui crée les précieux trésors de guerre, qui oppose la collectivité aux collectivités.

Résultats. La responsabilité médicale sera bientôt remise à la place d'où elle n'aurait jamais dû sortir : pour quiconque en peut juger comme nous, sur documents, cette assertion sort du domaine de la prophétie. La solidarité agissante se développe entre les médecins, entre leurs groupements : demandez-en la preuve aux Compagnies d'assurances-accidents, aux Mutualités détournées de leur but par l'esprit d'exploitation, aux Conseils généraux qui rêvent de mettre l'assistance au seul compte des médecins ; mais demandez-le surtout à beaucoup de juges équitables qui ont entendu notre voix et dont nous enregistrons les sentences dans le journal.

Avons-nous été écoutés quand M. le Dr Treille a dit nos observations au sujet de la loi sur la santé publique ? Oui.

Devant notre projet d'article 4, pour la loi accidents du travail, le Sénat vient de dire à la Chambre : « Votre besogne est à refaire sur ce point ». N'avons-nous pas lieu d'être satisfaits de ce premier acte, et d'en concevoir quelque espérance ?

N'avons-nous pas gain de cause, partout où nous le voulons avec ensemble, sur tous les points que nous avons soulevés dans la campagne relative à cette loi-accidents ? Dans des arrondissements, dans des départements tout entiers, nos tarifs ne sont plus discutés ; nos honoraires sont versés ponctuellement même quand les soins furent donnés à l'hôpital ; l'ouvrier choisit librement son médecin, qui est payé au tarif *ouvrier*, pendant que la victime se fait rembourser ce qui lui est dû d'après le tarif d'*assistance*. Les juges de paix ont fixé toute cette jurisprudence, et il suffit à chacun de nous de lire et conserver religieusement le journal, pour documenter en ces matières les magistrats encore mal renseignés.

Conquêtes récentes et précieuses, n'est-ce pas ? dont il appartient de tirer parti par une constante vigilance.

***

Il nous serait facile d'allonger cette liste en entrant dans les détails : chaque numéro du *Concours*, chaque procès-verbal du *Sou* y apportent leur contingent. Quelques Syndicats militants remportent aussi dans leur région de précieuses victoires, dont nous ne manquons jamais de chercher à généraliser le bénéfice. Aussi sommes-nous très réconfortés par la concentration de ces renseignements : ils constituent un bilan fort agréable à parcourir.

Mais alors, dira-t-on, l'âge d'or est prochain ?

Non, notre prétention optimiste ne va pas jusque-là. Mais, du moins, nous commençons à bien savoir quels sont nos ennemis du dehors, nous savons où frapper pour les atteindre et tous nos coups portent.

Et, quant à nos ennemis du dedans, les indifférents qui ne lisent même pas, les égoïstes dont la tactique savante aboutit à les enfermer dans l'isolement dangereux, et surtout les célèbres partisans du *struggle for life* par les procédés les plus américains, ils en sont déjà rendus à des déceptions si cruelles que nous recueillerons bien vite dans nos rangs hospitaliers ceux qui ne sont que des enfants prodigues, et que les autres se mangeront entre eux pour notre grand bénéfice. Ils font pour rien les besognes qui nous tentent le moins, ils s'asservissent pour que nous restions libres, ils sont honnis, vilipendés par le public qu'ils flattent, et nous profitons du contraste, ce qui est de toute justice. Plus ils s'abaissent, plus nous montons ; rira bien qui rira le dernier.

En vérité, je vous le dis, elle est bonne et fructueuse la lutte coude à coude : ne nous en fatiguons jamais et sachons voir à quelque distance dans l'avenir qui nous prépare de belles revanches aux défaites du passé.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La gélatine contre les anévrysmes

A la dernière séance de la Société de chirurgie, M. le Dr *Reynier* a rapporté une observation très concluante au sujet de l'efficacité de la méthode préconisée par MM. Lancereaux et Paulesco contre les anévrysmes en général. Cette observation est relatée par la *Gazette des hôpitaux* :

Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui, à la suite d'une chute d'un second étage sur la tête, a une fracture de la base du crâne ; elle se rétablit, et, un mois après cet accident, elle présente de la douleur et de l'exophthalmie de l'œil droit, avec de la diplopie et des bourdonnements d'oreille incessants, de la céphalalgie et des sensations de bruit métallique. On reconnaît l'existence d'un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. La compression de la carotide primitive droite fait cesser le bruit de souffle caractéristique. M. Reynier propose la ligature de la carotide primitive qui est acceptée. Les suites sont bonnes, les troubles disparaissent. Mais la malade voit moins bien qu'avant l'opération, son œil se congestionne ; elle présente, en outre, des troubles d'aliénation mentale passagers. Puis le souffle revient, l'anévrysme se reforme. Alors M. Reynier, d'accord avec le médecin de la malade, M. Coumétou, prescrit des injections de sérum gélatiné à 10 p. 1.000,5 centimètres cubes tous les deux jours. Sous l'influence de ces injections, le souffle diminue d'abord puis disparaît, mais pour reparaître peu de temps après la cessation. Enfin, après plusieurs reprises du traitement toujours suivies de récidive, MM. Reynier, Coumétou et Paulesco décident de pratiquer une injection de 200 centimètres cubes de sérum gélatineux. Le souffle disparaît, puis revient ; nouvelle injection de 100 centimètres

cubes après laquelle une grande amélioration est obtenue et persiste. L'état de cette malade est depuis plusieurs mois, resté très satisfaisant. Il y a donc un parti très avantageux à tirer des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrysmes.

Moyen de favoriser l'écoulement du sang dans les cas de saignée blanche.

M. le Dr *Schoull*, de Tunis, signale dans le *Journal des Praticiens*, un moyen simple pour favoriser l'écoulement du sang dans les cas de saignée blanche, chez les sujets obèses ou plongés dans le coma. Ayant eu l'occasion de pratiquer une saignée à une malade très adipeuse, en plein coma urémique, et ne parvenant pas, même après dissection des médianes céphalique et basilique et incision de ces deux veines, à faire couler le sang, M. Schoull eut l'idée de mettre sur le pli du coude, englobant les deux incisions veineuses, une large ventouse, faite à l'aide d'un verre de table.

Au bout de quelques secondes, le sang sortit par les deux ouvertures, d'abord goutte à goutte, puis rapidement. On put soustraire ainsi 300 grammes de sang environ. L'effet fut incroyablement rapide ; la malade semblait renaître à mesure que le sang sortait ; au bout d'une heure à peine, elle avait recouvré toute sa connaissance.

Les injections de teinture d'iode contre le goitre.

M. le Dr *Duguet* préconise contre le goitre les injections sous-cutanées et intra-thyroïdiennes de teinture d'iode.

La seringue employée est la seringue ordinaire de Pravaz ; les aiguilles sont flambées, la peau du cou soigneusement nettoyée.

L'injection ne doit se faire que sur le sujet assis, le malade se trouvant face à l'opérateur, ce dernier reconnaît d'abord la tumeur ; ce détail paraît tout d'abord suranné, mais, en pratique, il faut parfois une grande habitude pour reconnaître certaines tumeurs thyroïdiennes fort légères, se confondant, surtout chez une femme ayant un certain embonpoint, avec le tissu graisseux. Pour la mettre en évidence, il suffit d'ordonner au sujet un mouvement de déglutition ; le larynx, grâce à ce mouvement, remonte sur la base du maxillaire inférieur, entraînant avec lui la tumeur qui lui est solidement attachée. Celle-ci est alors saisie entre le pouce et l'index de la main gauche, comprimée légèrement de façon à l'énucléer un peu et à lui faire projeter une saillie. De la main droite, l'aiguille, saisie par l'embout, est franchement et perpendiculairement enfoncée. C'est là un temps qui, très facile pour les hypertrophies volumineuses, demande un certain doigté que l'habitude donne rapidement lorsqu'il s'agit des goitres légers et peu accentués

La grande, la seule précaution presque à prendre, consiste à ne jamais enfoncer l'aiguille surmontée de la seringue, mais toujours à n'ajuster la seringue qu'une fois l'aiguille bien en place.

De la sorte on évite l'injection dans un vaisseau ; dès que l'aiguille en effet aura perforé la paroi d'une veine thyroïdienne, l'on verra perler une goutte de sang à l'orifice ; rien ne sera plus facile que de retirer l'aiguille et de pratiquer l'injection en quelqu'autre place.

Elle devra être poussée très lentement en ne cessant de regarder le visage du sujet ; ce dernier exprime-t-il une souffrance trop vive, l'on arrêtera l'opération. La plupart du temps, les malades reçoivent sans inconvénient la seringue entière de liquide ; seules, les tumeurs légères ne reçoivent qu'une demi-injection ou qu'un quart de seringue. Le premier effet de l'injection est de provoquer une toux sèche et opiniâtre, une toux réflexe ; pour combattre ce réflexe, à la consultation de Lariboisière, le sujet reçoit à boire immédiatement après l'injection, un quart de verre de vin sucré, ce qui, forçant à la déglutition, empêche par un réflexe surajouté, le réflexe de la peau de se produire.

Assez fréquemment, le sujet ressent au moment de l'injection et subsistant quelques minutes après, une douleur assez vive avec irradiation fort nette à l'oreille du côté où l'on a pratiqué l'injection. Cette douleur aiguë cède assez rapidement ; elle n'est d'ailleurs aucunement comparable aux souffrances sourdes et diffuses ressenties parfois par la malade le lendemain de l'injection et les jours suivants, indice du processus inflammatoire que celle-ci détermine dans l'intimité des tissus.

Jusqu'ici, on n'avait enregistré aucun accident grave. Toutefois, on fait quelque bruit depuis huit jours d'un accident mortel survenu subitement à une jeune fille traitée par cette méthode. Les recherches médico-légales montreront si cette mort est imputable à la méthode, ou à une faute opératoire, ou plutôt à un acte réflexe d'inhibition due à l'idiosyncrasie du sujet : le fait peut, en effet, se produire au cours d'une simple incision d'abcès ou de panaris.

Influence de l'état du système nerveux chez les phtisiques.

Dans un récent travail que publie M. le Dr *Chelmonski*, in *Revue de médecine*, le très distingué médecin de l'hôpital de l'Enfant Jésus, de Varsovie, montre l'importance de l'état du système nerveux chez les phtisiques et son influence sur le cours de la tuberculose. Il déclare, tout d'abord, qu'il a constaté *chez presque tous les phtisiques examinés, les symptômes plus ou moins éclatants de l'hystérie, de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie.*

« C'est ainsi, dit-il, que si nous tenons compte de ce fait, nous comprendrons aisément une suite de symptômes, qui accompagnent la tuberculose, n'ayant aucun rapport direct avec elle, mais caractéristiques de la névrose qui s'y joint. C'est ici que je placerai, par exemple : le manque d'appétit si fréquent chez les phtisiques, ensuite les diarrhées, qui parfois rappellent à s'y tromper les entérites vraies, l'insomnie qui ne peut être expliquée ni par la toux, ni par les douleurs, ni par l'état fébrile. Il faut mettre au nombre des marques de neurasthénie, la tachycardie, qui n'est pas toujours, comme beaucoup le croient faussement, en rapport avec la compression du nerf vague, ensuite l'excitabilité énorme des vasomoteurs si souvent observée chez les poitrinaires, l'épuisement

général, les troubles dans la sphère sexuelle, etc. C'est aussi par l'affaiblissement du système nerveux qu'il faut expliquer les troubles mentaux depuis longtemps notés. Ces troubles n'ont, à ce que je crois, rien de caractéristique pour la phtisie ; ils sont uniquement les symptômes d'une névrose avancée.

En ce qui concerne les causes de cet état nerveux, il faut penser avant tout à l'action nuisible des toxines tuberculeuses sur le système nerveux qui, comme nous le savons déjà, peuvent même causer des changements profonds dans les nerfs périphériques (neuritis) ; il faut ensuite prendre en considération une suite de troubles de nature générale déjà secondaires, comme : le marasme, l'anémie, enfin les facteurs tels que : la conduite maladroite de l'entourage envers le malade, le manque d'occupation, la conscience de son état morbide.

D'ailleurs, certains troubles mentaux observés depuis longtemps chez la plupart des phtisiques n'ont rien de caractéristique pour cette maladie, ils ne forment qu'un des symptômes de l'affaiblissement du système nerveux (neurasthénie).

L'état du système nerveux a, de plus, une très grande influence sur la marche de la tuberculose ; ainsi, on peut constater chez beaucoup de femmes une aggravation du processus tuberculeux apparaissant constamment pendant la menstruation, c'est-à-dire dans une période où l'excitabilité nerveuse est augmentée.

Le fait connu de l'aggravation du processus tuberculeux, qui se présente souvent chez les femmes dans la période de l'enfantement, peut être considéré, comme causé par l'épuisement du système nerveux par l'enfantement.

Ces considérations montrent que la névrose et l'ensemble des excitations nerveuses doivent être toujours prises en considération dans le traitement.

Ainsi, le profit du traitement dans les établissements, réellement plus notable pour la plupart des poitrinaires que le traitement à la maison, peut-être expliqué, entre autres, par la circonstance que le traitement à l'hôpital réunit deux choses : le traitement de la tuberculose comme telle (l'air pur, le repos, la diète engraissante) et le traitement du système nerveux au moyen de l'application plus ou moins consciente de la méthode de Weir-Mitschel, de la psychothérapie, de l'hydrothérapie, etc.

Cependant, de même qu'on ne réussit pas toujours à agir d'une manière favorable sur le système nerveux du malade dans l'établissement, de même cette sorte de traitement n'est pas toujours plus profitable que le traitement chez soi. Il y a des malades qui souffrent de la séparation de leur famille et de leur intérieur, et qui par conséquent s'énervent au lieu de s'apaiser. Les malades de cette catégorie ne doivent pas être tenus dans des établissements : l'état de leur santé va plutôt s'améliorer dans la vie de famille.

Encore un exemple. Pour un certain groupe de malades tuberculeux, le traitement suivi dans leur patrie est tout à fait suffisant, et même, le seul possible ; pour d'autres, c'est le contraire et ces derniers doivent être absolument envoyés à l'étranger pour recouvrer la confiance et le calme.

Le sérum de Trunecek.

M. Léopold *Lévi* consacre dans la *Presse médicale* une étude au sérum de Trunecek, dont on a beaucoup parlé récemment à propos de la maladie d'un souverain.

Ce sérum est ainsi formulé :

Sulfate de soude............	0 gr. 44
Chlorure de sodium.........	4 gr. 92
Phosphate de soude..........	0 gr. 15
Carbonate de soude...... ...	0 gr. 21
Sulfate de potasse..........	0 gr. 40
Eau distillée, q. s. pour......	100 gr.

Il représente, mais en solution dix fois plus concentrée, un mélange de tous les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin et dans leurs proportions respectives.

(La stérilisation à l'autoclave demande des précautions, car il peut se produire des précipités cristallins et l'injection devient alors douloureuse, ou est le point de départ d'une petite induration. Le mieux est de stériliser sur bougie de porcelaine.)

Trunecek injecte 1 cc. de la solution, puis il recommence les injections tous les quatre ou sept jours, en augmentant de 0 cc. 1 à 0 cc. 5.

Parfois, il a fait des injections tous les jours et a poussé jusqu'à 5 cc. et même 7 cc.

L. Lévi commence généralement par 2 cc., puis augmente de 1 cc. tous les deux jours et se tient alors à 5 cc. La solution doit être poussée lentement.

A l'exemple de M. Marmessi, il a également utilisé ce sérum en lavements jusqu'à la dose de 35 cc.

Habituellement, il pratique dix injections, puis continue le traitement par des lavements, quitte à revenir plus tard aux injections.

Le sérum de Trunecek est applicable à la sclérose des gros vaisseaux, à la sclérose du cœur, à la cachexie artérielle. Il trouve son indication dans l'artério-sclérose cérébrale, dans le rhumatisme chronique.

La dyspnée nocturne est très rapidement calmée par les injections ; à cet égard, M. L. Lévi mentionne des observations tout à fait significatives.

L'état général s'améliore également dans un grand nombre de cas : le sommeil, l'appétit, renaissent, les forces reviennent.

On note également dans l'artério-sclérose cérébrale, la disparition des phénomènes sensitifs (paresthésie, fourmillements et engourdissements), des phénomènes de myopragie cérébrale.

Le sérum n'agit pas seulement sur des phénomènes localisés ; il influence heureusement des symptômes plus diffus : vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, céphalée, troubles de la mémoire.

Par contre, s'il existe tous les signes d'un foyer destructeur, la médication n'amènera aucune modification. (*Rev. internat. méd. et chir.*)

Enfin, le sérum paraît avoir une application formelle et efficace dans l'otite scléreuse : disparition des bourdonnements d'oreilles, suppression de l'état de mal vertigineux, amélioration de l'acuité auditive.

Le sérum de Trunecek doit incontestablement son efficacité à son action hypotensive. Il en

résulte des modifications dans la circulation générale et dans les circulations locales qui permettent de comprendre les améliorations observées, en ce qui concerne le cerveau, par exemple, et les oreilles. Outre l'action hypotensive, le sérum exerce peut-être une action sur la crase sanguine, ce qui permettrait de comprendre son efficacité dans le rhumatisme chronique.

Dans les formes neurasthénoïdes de l'artériosclérose avec hypertension artérielle, le sérum donne des résultats remarquables : Les maux de tête, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, la faiblesse générale, les troubles de la mémoire disparaissent.

Il trouve aussi son emploi dans certaines congestions locales ; la céphalée congestive cesse sous son influence et la rétention des prostatiques peut disparaître à la suite de quelques injections.

OTOLOGIE

Les symptômes cérébraux des otites.

Pour comprendre et apprécier le rôle des otites comme source de complications et de symptômes cérébraux,il suffit de se représenter l'anatomie topographique de l'oreille.Si, prenant en main un crâne, on regarde le rocher, on le voit creusé à son centre d'une série de cavités ou cellules qui sont : l'une d'entre elles, antérieure, l'oreille moyenne ou caisse du tympan, les autres, postérieures, intéressantes au point de vue pathologique surtout, les cellules de l'apophyse mastoïde. Les rapports anatomiques de ces cellules sont extrêmement importants ; le nerf facial chemine dans leurs propres parois, le sinus veineux latéral les recouvre en arrière, les méninges et le cerveau s'appuient directement sur leur toit, en haut. Au niveau de l'oreille moyenne, l'encéphale n'est séparé de la caisse que par une simple lamelle osseuse, à peine souvent de l'épaisseur d'une feuille de papier et quelquefois dehiscente. On conçoit, dès lors, aisément, quels dangers les suppurations et les caries osseuses si fréquentes de l'organe de l'ouïe font courir aux malades et on se représente quelle source abondante de complications et de symptômes encéphaliques l'oreille peut constituer.

Et, effectivement, les otites offrent un intérêt de premier ordre dans la pathogénie des affections méningo-cérébrales. Je ne saurais, bien entendu, faire ici une revue complète de ce sujet encore insuffisamment étudié d'ailleurs, tant il est étendu. Je me propose uniquement d'attirer l'attention du praticien sur une partie jusqu'à ce jour trop ignorée de la pathologie et d'indiquer, chemin faisant, les troubles morbides les plus saillants causés par les otites.

Il est, tout d'abord, un symptôme appartenant en propre à l'oreille sur lequel je vais m'arrêter un instant, c'est le vertige. Depuis le jour où Trousseau a fait connaître le vertige *a stomaco læso* un certain nombre de médecins, exagérant son importance, n'ont prescrit contre toute sensation vertigineuse qu'une médication gastrothérapique,régime lacté,alcalins,gouttes amères, etc. C'est là une opinion erronée et dangereuse. Le vertige peut assurément dans quelques cas relever d'une origine stomacale, de même qu'il peut dépendre d'une lésion oculaire, nasale, néphrétique et de bien d'autres affections encore. Mais, en réalité, dans la majorité des circonstances, ce phénomène tient à une altération pathologique de l'oreille. Dans sa nature, dans son essence, en effet, le vertige est en grande partie d'origine auriculo-cérébelleuse. Des recherches anatomiques et physiologiques récentes prouvent que le sens de l'équilibration et de la coordination, assez complexe il est vrai,a néanmoins sa source principale dans les irradiations cérébelleuses et les terminaisons auriculaires du nerf labyrinthique. Le vertige, dès lors, trouble de l'équilibration et du sens de l'espace,devient pour l'oreille et ses racines nerveuses dans le cervelet ce que le vomissement est pour l'estomac et la toux pour l'appareil respiratoire. Ne pas penser à l'oreille en face d'un vertige équivaut à oublier d'examiner l'estomac en présence de vomissements.

Il existe également — en dehors de toute complication cranienne — d'autres symptômes cérébraux des otites, des otites suppurées en particulier. Au cours de celles-ci, il n'est pas rare de noter la céphalalgie, la lourdeur de tête, la fatigue intellectuelle. Chez certains sujets névropathes, les phénomènes précédents s'exagèrent et il s'ensuit un état neurasthénique profond que le traitement de l'oreille suffit souvent à soulager et à guérir. Signalons, dans le même ordre d'idées, la paralysie faciale dont le mécanisme est facile à comprendre. Quelquefois, les symptômes nerveux vont plus loin. Ainsi, le Dr de Champeaux (de Lorient) vient de signaler l'intéressante observation d'un malade atteint d'otorrhée chez lequel la médication locale a amené la guérison d'une épilepsie jacksonienne (convulsions faciales, secousses intenses dans le bras et la jambe correspondante, bredouillement de la parole) dont il souffrait depuis 2 à 3 mois. Ici, nous touchons à la limite des signes cérébraux dus à l'oreille exclusivement et nous allons entrer dans les complications de voisinage des otites, dans les propagations de l'infection et de la suppuration de la caisse tympanique aux méninges, aux sinus latéraux, au cerveau lui-même.

Les suppurations de l'oreille moyenne, associées ou non aux suppurations des cellules mastoïdiennes, ont une tendance naturelle à s'étendre aux organes immédiatement voisins. Cette propagation peut se faire dès les premiers jours de l'otite, si le toit de la caisse est déhiscent,ou à une date plus ou moins éloignée suivant l'épaisseur des parois osseuses protectrices, la nature et l'importance de l'otorrhée, les progrès de la carie et surtout suivant l'existence ou l'absence de traitement approprié.

Les complications cérébrales des otites se classent en quatre groupes principaux qui sont :

1° L'abcès sous-dural ;
2° Les méningites aiguës ;
3° L'abcès cérébral ou cérébelleux ;
4° La sinusite veineuse latérale.

L'abcès sous-dural est la première étape de l'invasion du cerveau. L'infection traverse la lamelle osseuse servant de toit à la caisse ou à l'antre mastoïdien et elle vient attaquer la dure-mère qui résiste, forme des adhérences et emprisonne la suppuration : l'abcès sous-dural est constitué. Malheureusement,les choses n'en res-

tent pas toujours là, la résistance des méninges fait quelquefois défaut ou est insuffisante à barrer la route au pus. Alors, les agents microbiens émigrent par voie circulatoire dans les lobes cérébraux pour constituer un abcès,ou bien ils infiltrent les méninges elles-mêmes et la méningite se déclare. D'autres fois,le mur osseux s'altère en arrière dans les parois des cellules mastoïdiennes postérieures au niveau du sinus veineux latéral qui se prend à son tour. Telle est la marche des complications crâniennes des otites; souvent la suppuration d'oreille gagne lentement, peu à peu, les parties voisines, s'avance progressivement à l'intérieur du crâne, frappant les méninges, les sinus, faisant des incursions plus éloignées encore dans le cervelet et le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau. Ces complications sont d'une grande fréquence.

Je ne saurais donner ici qu'un aperçu général très succinct de toutes ces questions. Elles sont bien trop vastes pour tenir même sommairement dans le cadre d'un article. Il est nécessaire néanmoins de les avoir présentes à l'esprit en clinique pour ne pas méconnaître des faits journaliers essentiels de la pathologie neuro-cérébrale.

Quels sont les signes principaux propres aux complications ci-dessus énoncées ?

1° Abcès sous-dural. Petite nappe de pus recouverte par la dure-mère péri-pétreuse, elle constitue la première étape de l'invasion crânienne. C'est une lésion intermédiaire qui donne l'alarme, guérit dans un certain nombre de cas ou au contraire fait place aux troubles définitifs de l'abcès du cerveau ou de la méningite. Aussi se caractérise-t-elle par des périodes de rémission qui sont parfois des guérisons. Lorsque l'abcès sous-dural se développe lentement, il entraîne une céphalée progressive assez violente, des vomissements et quelques phénomènes de compression cérébrale, torpeur intellectuelle, parésies, secousses convulsives, qui se calment ou s'exagèrent suivant que le pus s'écoule ou non dans l'oreille. Parfois,il se produit un véritable orage méningé, rappelant la méningite aiguë, et susceptible de se calmer.

2° La méningite otorrhéique. Les symptômes sont ceux de la méningite aiguë. Début brusque par une céphalée intense, atroce, tenace, généralisée rapidement à toute la tête. La température est élevée, 40°, 41°, le pouls fréquent, les paralysies et les convulsions diffuses. Il y a délire, vomissements, constipation opiniâtre et coma précoce. On reconnaîtra l'invasion méningée à l'hyperthermie, au coma précoce et au défaut de localisation des troubles morbides (céphalée diffuse, accidents paralytiques et spasmodiques également diffus).

3° L'abcès cérébral et cérébelleux. Cet accident apparaît au cours des suppurations otiques anciennes ou récentes. Quelquefois l'oreille a suinté à peine quelques gouttes de pus et a cessé de couler, les lésions de la cuisse s'étant rapidement cicatrisées. L'abcès du cerveau ne s'en développe pas moins. L'observation rapportée le 26 juin 1900 par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine en est un exemple. Chez ce malade, l'otite avait duré au plus une journée ou deux et elle avait si peu attiré l'attention du patient qu'il ne s'en souvenait pas personnellement. Il portait néanmoins un abcès cérébelleux contrôlé par l'autopsie. D'autres fois, la lésion causale est une otorrhée datant de longues années, 10, 20, 50 ans !

Les signes qui caractérisent les abcès cérébraux et cérébelleux sont assez nombreux ; la céphalée, d'abord, constante, progressive, particulièrement violente, localisée plus ou moins nettement, les vomissements verdâtres et sans efforts, le ralentissement du pouls et de la respiration, les vertiges, une démarche ébrieuse, surtout dans l'abcès cérébelleux, de l'amaigrissement, puis des symptômes de localisation, l'épilepsie jacksonienne, les paralysies motrices, les monoplégies du côté opposé à l'abcès, l'aphasie, le strabisme, l'hémiopie, etc. On a décrit à certains abcès du cerveau une période de latence qui, si elle existe réellement, doit être exceptionnelle.

4° Phlébite du sinus. Avec la phlébite du sinus latéral, la symptomatologie varie quelque peu. Il y a là infection veineuse, par conséquent pyhémie. Et, effectivement, ce sont les signes de la pyhémie qui dominent, les frissons, la fièvre à grandes oscillations thermiques, l'adynamie, la faiblesse du pouls, la sécheresse de la peau, la diarrhée. Le patient se plaint de céphalalgie unilatérale et au lieu de tomber rapidement dans le coma, conserve son intelligence jusqu'au dernier moment. Le thrombus se prolonge quelquefois dans la veine jugulaire et on sent, le long du cou, au-dessous de la mastoïde, un cordon assez accusé. Comme dans toute pyohémie les abcès métastatiques ne sont pas rares.

Diagnostic. Disons-le tout d'abord, le diagnostic précis des complications cérébrales des otites présente, comme la plupart des diagnostics de neuro-pathologie, des difficultés assez sérieuses. On reconnaît aisément qu'il y a affection intra-crânienne, on arrive généralement à établir sa nature et son siège approximatifs, mais quand il s'agit de préciser rigoureusement la cause, le siège exact et l'étendue des lésions, il n'en est plus toujours de même, il s'en faut. Cette remarque faite, comment appréciera-t-on si une affection cérébrale quelconque est d'origine otique ?

La première chose à faire est d'abord d'y penser. La fréquence des complications intra-crâniennes des otites est telle que le clinicien, en face d'un trouble cérébral rappelant la méningite, la sinusite ou l'abcès, doit toujours examiner l'oreille. Si la suppuration otique est évidente, ancienne, avec carie osseuse, douleurs à la pression sur la mastoïde (sans mastoïdite *aiguë* cependant), céphalée plus accusée du côté de la caisse tympanique malade, suintement purulent venant de la partie supérieure de l'oreille moyenne (attique), si la symptomatologie décrite il y a un instant existe au complet, on doit s'arrêter à l'idée d'otorrhée compliquée de migration cérébrale.

D'autres fois, l'otite a guéri ; la suppuration, après avoir duré un temps variable, quelques semaines ou quelques jours seulement (exemple de Dieulafoy) s'est tarie lorsqu'apparaissent les troubles intra-crâniens, la céphalée atroce et tenace, les vertiges, etc. Il ne faut pas écarter pour cela l'hypothèse de propagation cérébrale de l'otite. On éclairera le diagnostic souvent par exclusion en discutant la possibilité et la valeur des autres causes d'infection des méninges et

du cerveau. On ne doit pas oublier que la très grande majorité des cas d'abcès du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal est d'origine auriculaire.

Les complications cérébrales des otites peuvent être confondues avec nombre d'affections des centres nerveux, la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les tumeurs, la syphilis, les traumatismes cérébraux, voire la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente. Souvent de soi-disant méningites bacillaires chez les enfants ne sont autre chose que des infections crâniennes d'une otite. Je ne saurais développer ici tous ces diagnostics différentiels. Le signe de Kernig, les résultats de la ponction lombaire, les antécédents et le traitement d'essai spécifiques, la tendance envahissante avec apparition de nouveaux symptômes propres aux néoplasmes, le séro-diagnostic de Widal aideront beaucoup dans les cas difficiles et douteux. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sont pas rares et parfois la complexité du diagnostic est extrême.

Les traumatismes crâniens peuvent très bien servir de cause occasionnelle à une infection méningo-cérébrale d'origine otique. Une suppuration de la caisse tympanique et des cellules mastoïdiennes, connue du malade ou latente, se trouve ainsi par l'ébranlement traumatique transportée plus ou moins loin dans la boite crânienne et joue un rôle considérable dans les symptômes consécutifs. Il n'est pas toujours aisé de faire la part des troubles dus au traumatisme seulement et des troubles de source otique. En tous cas, il convient en pareille circonstance d'examiner l'oreille à fond, de noter les antécédents auro-mastoïdiens du patient, de s'enquérir s'il ne souffrait pas auparavant de vertiges, de bourdonnements, de surdité, de céphalée du côté de l'oreille soupçonnée malade. On pèsera la valeur de chaque symptôme et on se fera progressivement une opinion basée sur l'ensemble des signes. En matière de pathologie cérébrale, il convient d'être souvent prudent dans ses conclusions ; les localisations cérébrales les mieux connues n'ont-elles pas été ces temps derniers battues en brèche ? Les auristes, devenus par la force des choses opérateurs, ont simplifié un peu la question : lorsqu'il y a otite et symptômes cérébraux graves, ils opèrent, faisant ainsi à la fois le diagnostic et le traitement.

Dr P. Lacroix.

HYGIÈNE SCOLAIRE

La tuberculose à l'école

Sans doute, tout est dit sur la tuberculose. Mais peu a été fait. *Verba et voces, prœtereaque nihil.* Aussi, votre bienveillance m'y poussant, dussè-je venir après cent autres, jamais trop ! je n'hésite pas à vous parler encore d'elle. D'ailleurs, mon histoire, si elle n'est pas neuve, a au moins le mérite d'être vraie. Je l'ai vue. La voici :

— Un instituteur est atteint de tuberculose pulmonaire. Le médecin n'a pas le droit de déclarer la maladie. D'un autre côté, l'humanité s'oppose à ce qu'on lui enlève son gagne-pain. L'instituteur continue donc de faire la classe, d'être en contact avec ses élèves.

Les divers médecins (le changement de médecin est de règle dans les cas chroniques ou désespérés), les divers médecins lui ont dicté, sans doute, avec plus ou moins de ménagements, les précautions hygiéniques qu'il doit prendre. En général, il les pratique peu, le pauvre poitrinaire. Sentant peser sur lui le joug d'une fatalité inexorable, voyant chaque jour la vie lui échapper, accablé d'autre part par les exigences de la lutte pour la vie, aux heures de désespoir, bien souvent le plus docile oublie toutes ces prescriptions prophylactiques qui ne sont faites que pour préserver les autres et pas pour le guérir. Nous ne savons que trop d'ailleurs que l'égoïsme, l' « après moi le déluge », règne en maître dans l'âme du tuberculeux. Et n'est-il pas aussi dans le caractère français de se montrer rebelle aux conseils qui sont d'intérêt général ? Enfin pour toutes ces raisons et pour tant d'autres encore, le pauvre malade ne remplira pas les mesures hygiéniques qui sont d'un intérêt si capital en pareil cas.

Toute sa vie, l'instituteur tuberculeux constituera donc un danger pour ses élèves, danger d'autant plus grand que, dans nos écoles, on semble ne pouvoir se défaire de la détestable coutume, sinon de cracher par terre, du moins de balayer et d'épousseter.

Voici comment cela se passe invariablement depuis un temps immémorial. A tour de rôle, les élèves sont chargés du balayage. Chacun s'en acquitte avec le plus de précipitation possible. L'eau est versée avec la plus économique parcimonie, juste assez pour simuler un arrosage. Il serait trop long de courir plusieurs fois remplir l'arrosoir à la fontaine voisine ! Le balai soulève d'autant plus de poussières qu'il est violemment entraîné dans une course folle. Car vous ne doutez pas que le jeune balayeur n'aspire qu'à prendre la poudre d'escampette. Vivement soulevée et chassée en tous sens, la poussière se pose partout, sur les pupitres où les élèves se coucheront parfois, sur les papiers qu'ils mâcheront peut-être, sur les porte-plumes, les crayons qu'ils porteront certainement à la bouche, etc., etc. Il y aurait matière à longs développements. Mais je ne puis allonger mon récit, et j'ai hâte d'arriver au dernier acte de mon histoire.

— L'instituteur succombe enfin à la phtisie. A ce moment, on désinfecte le bâtiment scolaire. Cette désinfection est toujours insuffisante dans nos campagnes. La direction en est confiée au maire. Ce magistrat, quelquefois plein de bonne volonté, d'ailleurs, ne connaît pas la difficulté, la délicatesse, la responsabilité de la tâche qui lui est confiée. Il interprète mal parfois les instructions qu'on lui donne. Confondant bien souvent l'antiseptique avec le désinfectant, sa conscience est franchement en repos quand il a répandu çà et là, suffisamment pour donner l'odeur, quelque solution odorante, romarin, lavande, phénol, etc. La désinfection est donc le plus souvent incomplète. Le germe de la tuberculose persiste dans les locaux.

— La morale de cette histoire ? Il faut :

1° Eloigner de l'école l'instituteur atteint par la tuberculose. Des institutions seront créées pour lui assurer la vie matérielle (sanatorium, congés avec solde, sociétés de prévoyance ou d'assurance) ;

2° Interdire rigoureusement dans toutes nos

écoles, comme d'ailleurs dans les édifices publics, églises, théâtres, etc., l'usage du balayage à sec et de l'époussetage ;

3° Confier la direction des désinfections à un membre du corps médical.

Dr Degrave.
à Lagrasse (Aude).

HYGIÈNE

Le vin et la lutte antialcoolique

par le docteur Degrave (Lagrasse, Aude).

Le vin est nécessaire,
Dieu ne le défend pas.
Il eût fait la vigne amère,
S'il eût voulu qu'on n'en bût pas.
(*L'aventurière*).

« La lutte contre l'alcoolisme est le premier devoir social de ce temps ! » On ne saurait trop louer ni trop encourager le zèle et le dévouement des médecins qui se sont mis à la tête de la croisade antialcoolique. Répandre l'hygiène, partir en éclaireurs pour signaler le danger et prévenir l'invasion de la maladie : voilà le plus beau rôle qui nous soit dévolu. Aussi avons-nous tous le devoir de nous enrôler dans la belle phalange des militants de l'antialcoolisme.

Néanmoins, certains confrères ont poussé trop loin leur prosélytisme. Ils ont jeté l'anathème sur toutes nos boissons fermentées. Ils ont fait table rase complète et, partisans rigides d'une abstinence absolue, beaucoup n'ont accordé le laisser passer qu'à l'eau pure. Ces abstinents absolus sont-ils convaincus ? Il faut le croire. Mais, parmi ces apôtres du fanatisme anti-alcoolique, un grand nombre sans doute, pour atteindre plus sûrement le but, pour frapper plus vivement, ont-ils, de parti-pris, poussé au delà de la vérité, usant et abusant de cette belle fleur d'imagination qu'on nomme l'hyperbole. Certains ont-ils subi peut-être l'effet d'un fatal entraînement ! Foveau de Courmelles accuse même ces médecins hygiénistes à outrance qui proscrivent toute boisson alcoolique d'avoir sacrifié à une mode comme autrefois à la saignée. Il est select, il est dernier genre, il était fin de siècle alors, il est nouveau siècle actuellement, de s'afficher contre les alcools et de se montrer sur ce point chacun plus radical que son voisin.

Toutes ces exagérations de la campagne antialcoolique ont contribué à égarer l'opinion, à la mettre en défiance vis-à-vis d'un produit national qui est une des meilleures sources de notre fortune publique : le vin. Devant cette levée de boucliers qui frappe aveuglément, sans choix et sans merci, le public, qui a souci de se tenir au courant du dernier cri de l'hygiène, a cru qu'il lui était nuisible de consommer même du vin, sous peine de devenir alcoolique.

Il faut mettre un terme à tous ces compromis, à toutes ces fausses interprétations. Le vin est une boisson hygiénique, sa vieille réputation tient toujours debout.

Le vin n'a-t-il pas reçu d'abord sa consécration solennelle quand il a été choisi par Dieu comme l'objet, comme la substance d'une des phases du troublant mystère de la transsubstantiation ? Tous les jours, le calice du prêtre à l'autel reçoit le vin, et Dieu a donné au prêtre le pouvoir de changer ce vin en son sang. Que ce ne soit là qu'un symbole, qu'il y ait présence réelle, ce n'est pas ici le moment de le discuter. Mais n'est-ce point là une autorisation, un choix de haute valeur, un sceau indélébile et sacré apposé sur ce breuvage par le grand Maître de la Morale des Morales ? N'est-ce point là un enseignement que le vin est la meilleure des boissons comme le pain est le meilleur des aliments.

La bonne renommée du vin est vieille comme le monde. Déjà, dans son livre des *affections*, Hippocrate nous dit : « Le vin est chose merveilleusement appropriée à l'homme si, en santé comme en maladie, on l'administre avec *à propos* et *juste mesure*. » De nos jours, Bouchardat déclare que : « La complexité des matériaux organiques qui entre dans la composition du vin et qui à certains égards se rapprochent de ceux de l'organisme humain, rend bien compte de son action restaurante. Autant l'abus des alcooliques produit de maux, autant le vin de *bonne qualité*, pris en *quantité modérée*, peut rendre des services dans les maladies, dans les convalescences, dans la santé. »

Le vin a donc une action tonique, restaurante, qui résulte de sa richesse en matériaux organiques et minéraux. Il joue un rôle fort important dans la nutrition. C'est même un aliment, à tel point qu'on a pu dire que le vin est le lait des vieillards. Le vin ne saurait donc être proscrit de nos tables ; ordonnons seulement de le boire, en santé, *avec à propos* et *juste mesure*, en *quantité modérée*.

En thérapeutique, le vin est un précieux stimulant dans certaines maladies aiguës, asthéniques. C'est le coup de fouet providentiel, c'est le coup d'éperon énergique du cavalier qui veut enlever sa monture pour lui faire sauter un obstacle.

Quel meilleur stimulant diffusible qu'un bon vin chaud au début de tant d'états infectieux, où l'organisme, surpris, terrassé par l'invasion soudaine, traîtresse, de la maladie, semble hésiter à réagir ! C'est un aide généreux, bienfaisant qui donne à nos organes l'impulsion salutaire, qui met en branle tous les rouages de la défense. La circulation se fait mieux, la respiration est plus ample ; la diurèse, la diaphorèse, toutes sécrétions, sont activées pour balayer l'ennemi.

Et quelle meilleure tisane durant le cours d'une fièvre typhoïde que l'eau rougie, « tisane de sarments » comme l'appellent nos villageois !

Pour l'usage externe même, le vin peut rendre de bons services. Il possède des propriétés antiphlogistiques et cicatrisantes. J'ai eu souvent occasion de le constater chez des clients qui, avant ma venue, l'avaient empiriquement appliqué soit sur des panaris, phlegmons en formation, soit sur des plaies et des ulcères.

Sachons reconnaître tant de qualités à une boisson qui, depuis les temps les plus reculés, a fait la joie et les délices de l'homme civilisé. Ne faisons pas litière du passé, *bonum vinum lætificat cor hominis*, nous dit la Bible. N'est-ce point là une vertu de plus par ces temps d'hypochondrie et de surmenage de toutes sortes ? L'usage du bon vin a toujours entretenu, développé, créé même la bonne humeur, le caractère jovial de la race française. S'il pousse par-

fois à une courte ivresse (ce qu'on ne saurait recommander), aussi bien cette ivresse, en rires, gais propos, bien vite se dissipe. Un rayon de soleil nous réjouit l'âme. Quoi d'étonnant que le jus de la treille nous réjouisse aussi, puisque le vin n'est après tout que du soleil en bouteilles! Faudra-t-il se priver des rayons bienfaisants du soleil si ses rayons tropicaux nuisent parfois à notre santé !

De par sa consécration divine, de par son passé ancestral, de par ses vertus hygiéniques et thérapeutiques, le vin a été, est et sera donc toujours la meilleure des boissons hygiéniques. Viennent ensuite la bière et le cidre. Il n'est pas besoin d'en créer de nouvelles. Et surtout, faisant le jeu de John Bull, qu'on ne prône pas tant le thé et le café ! On combat aujourd'hui l'alcoolisme, on proscrit toute boisson fermentée ; on va s'adonner au thé, au café et bientôt on aura à combattre le théïsme et le caféïnisme. Et pourtant toutes ces boissons sont des boissons hygiéniques. N'en proscrivons aucune. Combattons seulement l'abus des unes et des autres. S'il y a des abus, n'oublions pas qu'en tout et pour tout, selon la vieille maxime de l'ancien droit romain, l'abus ne défend pas l'usage, *abusus non tollit usum*. Donnons des leçons de tempérance et de modération en ce qui concerne toutes ces boissons fermentées : le vin, la bière, le cidre. Mais conservons leur le titre de boissons hygiéniques.

Vous connaissez sans doute une vieille légende, remise en cours ces derniers temps : Quand Noé planta la vigne, le diable, toujours curieux, s'approcha du patriarche, lui demanda ce qu'il faisait. — Je plante la vigne, dit Noé, son fruit est délicieux, beau à voir, doux au palais et on en tire un breuvage qui regaillardit le cœur de l'homme. — Puisqu'il en est ainsi, je veux t'aider, répondit Satan. — Aussitôt le démon prit un agneau, l'égorgea et répandit le sang au pied de la vigne ; puis il prit un lion, un singe, un porc et fit de même : il en arrosa les racines de la plante. Depuis lors, si l'homme boit du vin avec modération il devient doux comme un agneau ; s'il en boit un peu plus, il devient fort et féroce comme un lion : s'il augmente la dose, il devient fou malin comme un singe et, s'il outrepasse la mesure et s'enivre, il devient abject comme un porc qui se roule dans la fange.

Cette légende bien caractéristique nous donne une leçon imagée qui a bien son mérite. Elle peut se résumer en cette sage maxime que nous légua Raspail : « Soyez sobre et tempérant : sachez finir où l'excès commence. »

Où commence l'excès ? Le travailleur des champs, l'ouvrier qui se dépense en forces physiques, supporte facilement un litre de vin, à 10°, par jour. Le sédentaire, le bureaucrate, doit prendre demi-dose, soit demi-litre. Ce vin, autant que possible, ne doit être absorbé qu'aux repas. Les enfants doivent s'en abstenir jusqu'à l'âge de trois ans environ.

Mais une condition essentielle, capitale, *sine qua non*, de la consommation habituelle du vin, c'est que ce vin soit naturel, que ce vin provienne du jus de la treille, qu'il soit né au flanc des coteaux et non dans les laboratoires, que ce vin soit coloré par le soleil et non par des teintures plus ou moins magiques. Si vous n'êtes pas sûrs de sa bonne provenance, abstenez-vous.

D'ailleurs le vrai vin n'est pas introuvable. Que le consommateur se mette en rapport direct avec le producteur. Il y trouvera tout bénéfice. Les caves de nos vignerons regorgent ; pendant ce temps des milliers d'habitants s'intoxiquent. On ne saurait crier trop haut ; Sus à la fraude ! Sus aux Avariés !

Ce n'est pas seulement contre l'abus et la falsification de nos boissons fermentées, hygiéniques que doivent se dépenser toute l'ardeur et tout l'acharnement des combattants de l'armée anti-alcoolique. Le champ du combat est plus vaste encore. Ses limites grandissent et s'étendent même sans fin, avec le développement et l'envahissement toujours croissant des boissons distillées, plus ou moins composées.

Seule la bonne eau-de-vie de vin doit être conservée, à titre de médicament surtout, c'est-à-dire qu'elle doit être d'un usage fort exceptionnel.

Poursuivons sans trêve tous les autres produits distillés, guerre surtout à leurs composés et à leurs dérivés ; j'entends par là tous ces apéritifs quels qu'ils soient, industriels ou *pharmaceutiques*, tous ces élixirs ou liqueurs, toutes ces mixtures plus ou moins compliquées qui nous rappellent les manipulations de l'alchimie antique. Comme l'a si bien dit le Dr Grasset, le savant Maître de la Faculté de Montpellier : « Plus on accumule les fleurs, moins on découvre le serpent qu'elles dissimulent ». Nous ne saurions nous montrer trop radicaux, trop intransigeants, trop agressifs, contre l'usage de toutes ces variétés de poisons hypocritement masqués sous des étiquettes mensongères, abrités même parfois sous l'égide de quelque pieux et antique monastère. Ce sont ces boissons, fortement alcoolisées (45°, 50°, 80°), ces boissons épileptisantes, stupéfiantes, qui accroissent la morbidité, la criminalité, la folie, qui peuplent nos hôpitaux, nos prisons et nos asiles.

Ce sont ces apéritifs, ces élixirs, ces liqueurs qui corrodent l'estomac, vicient notre sang, sèment l'artériosclérose qui rouille nos artères, rouille notre cerveau, entraîne la dégénérescence de tous nos organes.

Ce sont ces boissons qui obscurcissent nos facultés mentales, dévient notre esprit, l'abêtissent.

Ce sont ces mêmes boissons qui suscitent en nous toutes les passions de la brute et provoquent tous ces drames, tous ces attentats qui remplissent les colonnes de tous nos journaux.

D'autant plus que, nuisibles par eux-mêmes, tous ces arômes, ces artifices, ces fioritures dont se parent toutes ces boissons, servent souvent de prétexte à l'écoulement de mauvaises eaux-de-vie qui aggravent encore la nocuité de ces mortels breuvages. Car aujourd'hui tout est bon pour la chaudière. Un personnage de Dumas fils, voulant signifier une chimère, fait allusion à l'alcool de sciure de bois. Il y a beau temps que la Chimère a pris corps ! Dans une belle conférence donnée à Rouen, après avoir énuméré les diverses matières, plus ou moins hétéroclites, qu'on met dans l'alambic, le Dr Jacquet ajoute enfin : « Ne parle-t-on pas aussi, oh ! discrètement, à mots couverts sans doute, d'un produit plus étrange encore, d'une matière première très spéciale, la matière fécale. Et pourquoi pas ! Chimiquement, il n'y a rien d'impossible. »

Voilà le dangcr ! Voilà le poison qui prendra mille et mille formes pour être recevable : tonique, apéritif, digestif, etc. Aussi cst-ce dans les contrées où se consomment lc plus ces mauvaises eaux-de-vie quc sévit dans toute sa rigueur le fléau de l'alcoolisme. C'est en Normandic et en Bretagne, où l'on mange la soupe à l'eau-de-vie. C'est dans les villes où les cabarets abondent, depuis le débit sur le zinc jusqu'à la taverne aristocratique, que l'alcoolisme exerce tous ses ravages. Pourquoi ? Parce que c'est là que se consomment les mauvaises boissons alcooliques : absinthes, liqueurs, marasquins, guignolets, Cherry-Brandy, Reverendines quelconques, etc.

Par contre, dans nos campagnes, on boit du vin, mais on ne boit à peu près que du vin. Nous avons peu d'alcooliques. Vous rencontrerez partout, car ce n'est pas l'exception, de beaux et sains vieillards qui ont toujours consommé du vin. Sans doute, il leur arriva bien parfois de se griser en chantant une Pomponette, mais ce fut l'exception. Or, vous savez qu'au cours de cette campagne anti-alcoolique, on nous a révélé que le grand Franklin se livrait tous les mois à ce qu'il appelait une purge et que cependant il n'était pas alcoolique, car dans l'intervalle il était d'une sobriété absolue. Ce qui revient à dire que c'est la continuité plus que la quantité qui constitue l'alcoolisme. L'ivrognerie elle-mêmc, chosc hideusc et sordide, n'engendre pas toujours l'alcoolisme, si elle est accidentelle, non coutumière. Lc plus souvent l'alcoolisme naît de l'excès habituel des boissons fermentées, dc l'usage continu ou très fréquent des boissons distillées. C'est l'alcoolismc inconscient. « C'est celui de la femme du monde qui trouve de l'attrait à l'alcool de menthe, eau de mélisse, etc. ; celui du prêtre qui se damne pour la Chartreuse ; celui du commerçant qui trinque avec ses clients et traite ses affaires à l'estaminct ; de l'homme sociable qui provoque les tournées de petits verres ; du gourmet qui fait déguster et déguste lui-mêmc sans cesse ses bons vins en bonne compagnie ; du clubman qui réveille ses facultés par un nombre toujours croissant de coupes de Champagnc ct de fines liqueurs ; c'est encore celui du malade qui se gave de vins médicamenteux. »

Si nous avons ici peu d'alcooliques, c'est que nous avons pcu de piliers de café, peu de chevaliers dc l'apéritif surtout. Nous pouvons même poser en principe que le nombre des alcooliques dans chaque localité est en raison directe du nombre de cafés.

Je concluerai donc :

1° Que les boissons fermentées, le vin au premier rang, sont des boissons hygiéniques. Il n'est pas besoin d'en créer de nouvelles. Il faut seulement combattre l'abus et la fraude de ces boissons.

2° Qu'il faut livrer une guerre acharnée aux produits distillés, l'cau-de-vie de vin exceptée, et surtout aux composés et aux dérivés de ces mêmes boissons distillécs.

Sus à l'abus ! Sus à la fraude ! Sus aux avariés !

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La clientèle civile aux médecins civils

Plusieurs confrères nous demandent de rappeler (pour l'édification des syndicats médicaux et dcs Sociétés locales qui ne dédaignent pas de défendre leurs membres contre les empiètements les plus iniques) les documents officiels qui établissent les droits de nos confrères de l'armée ct de la marine en matière de clientèle civile.

La première circulaire émane du ministre de la marine, année 1889. Elle est adrcssée aux préfets maritimes et ainsi conçue :

Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon.

Je vous prie de tenir strictcment la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation.

Vous voudrez, en outre, faire connaître aux médccins de la marine du port de Toulon que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement.

La seconde circulaire, celle qui vise les médecins de l'armée, fut envoyée à ceux-ci par le général Loizillon, ministre de la guerre en 1893.

Nous en extrayons la tcneur d'une lettre qu'adressait, le 30 mars 1893, ce ministre de la guerre à M. le Dr Porson, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, 23, rue de Dunkerque.

La pratique de la clientèle civile n'est compatible avec la situation des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée que si elle est gratuite et désintéressée, le médecin militaire devant se borner à prêter son concours à ses confrères civils sans *jamais leur faire une concurrence*, indigne de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts *moraux* de la médecine de l'armée ».

Ainsi que le dit la *Revuc médicale dc l'Afrique du Nord*, les médecins civils ont toujours été unanimes à traduire comme il suit les documents ci-dessus, quoiqu'il fût permis de leur donner une interprétation plus rigoureuse :

Cette circulaire signifie qu'un médecin militaire peut soigner gratuitement quelques malades, des amis, des connaissances. Aucun médecin civil ne le blâmera de les soigner. Mais elle défend que le nombre de ces malades soignés gratuitement par le médecin militaire soit assez élevé pour constituer cette concurrence même gratuite (puisque toute pratique de la clientèle civile par le médecin doit être gratuite) que le Ministre juge indigne de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la médecinc d'armée.

Ainsi, isolés ou groupés dans leurs Syndicats, les médecins civils n'ont jamais poursuivi que l'abus *de la concurrence* rétribuée ou gratuite, celle-ci ayant toujours eu, quand elle s'est produite, un but intéressé, immédiat ou prochain, comme celle que nous dénoncions récemment en Tunisie au sujet des postes dc médecin communal, et qui persiste cncore à cette heure, malgré les dires des cnquêtes officielles dont le

ministre de la guerre a fait connaître les soi-disant résultats au délégué du *Sou médical*.

Nous ne devons pas nous fatiguer de lutter sur ce terrain de la guerre aux abus, parce que l'équité et le bon droit sont de notre côté, en face de la routine et de l'esprit de corps bureaucratiques ou politicien qui ne sont pas à ménager.

Ajoutons, pour être complets, que le passage des troupes coloniales au ministère de la guerre, fait tomber les médecins de ces troupes sous le coup de la circulaire Loizillon. La situation est donc aussi nettement tranchée désormais, dans nos colonies ou dans les pays de protectorat, que dans la métropole.

Voilà ce que nos confrères doivent savoir pour se défendre au besoin.

Le Budget de l'Automobile

La locomotion nouvelle passionne de plus en plus nos confrères. Beaucoup m'écrivent à ce sujet et la caractéristique de leurs lettres est, non plus comme autrefois la crainte de la *panne* — cette noire déesse devient de moins en moins terrible — mais bien la crainte, plus légitime, d'une augmentation de dépenses.

Je crois pouvoir les rassurer ; *chauffeur* de déjà vieille date, j'ai, soigneusement, depuis 3 ans, établi le budget de l'automobile et nous allons, puisque le cas vous intéresse, disséquer ensemble le sujet.

A tout seigneur, tout honneur, le gros morceau, l'achat de la voiture.

Comptez actuellement, si vous voulez une *bonne voiture neuve*, environ 6000 fr. Or, vous avez deux chevaux — parfois trois — et deux voitures ; cela représente bien, sans exagération 4000 à 4.500, ce qui nous donne, d'amortissement annuel, environ 400 à 500 fr. car il faut admettre que les chevaux s'usent vite, que vous pouvez en deux jours perdre un cheval de coliques ou de pneumonie, ou qu'une de ces nobles bêtes, prise d'une intempestive gaité, a bientôt fait de vous établir, à coups de picds, une forte note de carrossier, lesquels sont chers, comme chacun sait.

Or, pour une *auto* de 6000 fr. il faut admettre un amortissement annuel de 500 fr. pas plus ; étant bien entretenue, votre voiture peut parfaitement durer 12 ans. Je connais 2 ou 3 confrères, pionniers de la locomotion mécanique, qui possèdent d'antiques Panhard ou Peugeot Daimler, de cet âge, et ces vénérables ancêtres fonctionnent toujours aussi régulièrement qu'à leur naissance ; l'important est de choisir une voitnre robuste et de l'entretenir soigneusement.

Ci. amortissement annuel.......... 500 fr.

Vous voilà donc en possession du cheval rêvé, vous avez versé les 6000 fr,, et après un délai de....... (oh ! ces constructeurs !) dans votre remise s'étale l'auto, neuve et reluisante. Hélas, il faut la nourrir.

Qu'est-ce que ça mange ?

Ça mange de l'eau, de l'huile, et surtout de l'essence !

De l'eau, rien de mieux, la pompe est là, il n'y a qu'à la verser par un entonnoir ad hoc... et à tamis. Mais l'huile et l'essence, ça s'achète. Oui certes, mais n'achetiez-vous point l'avoine ? Or, (je vous fais grâce du détail des notes d'épicier et du compte de kilomètres faits), je n'ai jamais dépensé pour la graisse, l'huile et l'essence plus de 650 à 700 fr. par an — et je fais une moyenne de 30 km. par jour en pays accidenté. — Je vous laisse le soin de calculer le taux par km.

Ci. essence, huile, graisse.......... 700 fr.

Autre question, la ferrure de l'animal. Essentiellement souple, elle se fait en caoutchouc. Prendrez-vous les *pleins*, ou les *pneus* ? Cruelle énigme ! le plein est plus sûr, le pneu brise moins les organes délicats. Il est un moyen terme, mettez à l'avant, à cause du moteur le pneu X. (case à louer) muni ou non de protecteurs, à l'arrière, le *Compound*, bandage très suffisamment souple et très soigné, avec cela vous aurez tous les ans une dépense de bandages qui n'excèdera pas 400 fr.

Ci-pneumatiques..................... 400 fr.

Que reste-t-il ? les réparations ? Elles seront bien rares si vous savez vous-même veiller au bon fonctionnement de votre voiture, serrer à propos un écrou, remettre une vis quand il le faut. En pièces de rechange et réparation, mon année la plus lourde m'a coûté 485 fr.

Soit *de ce chef*............. 500 fr.

Enfin, dernier paragraphe, solidaire du précédent, celui des locations de voiture pendant les réparations de l'auto — entre parenthèses, ce que vous vous raserez derrière un moteur à crottin !! — prenons la note de cette année écoulée :

Location de chevaux et voitures... 95 fr.
Soit... 100 fr.

Récapitulons, et en laissant de côté l'*amortissement* pour ne considérer que l'entretien, nous arrivons aux chiffres suivants :

Essence, huile, graisse......	700 fr.
Pneumatiques...............	400 —
Pièces de rechange et réparations...................	500 —
Location..................	100 —
Total....................	1700 fr.

Calculez bien, maintenant, mes chers Confrères, ce que vous coûte la plus noble conquête selon Buffon, ce qui se consomme de paille, de foin, d'avoine, de son, ce que vous payez annuellement au vétérinaire, au maréchal, au carrossier, etc..., je crois pouvoir certifier que la locomotion automobile est, comme je l'ai déjà dit, *économique*.

En tous cas, elle n'est assurément pas *plus coûteuse*, et, à égalité de dépenses, vous gagnerez au change quelque chose encore, du *temps*, lequel est argent de l'autre côté du détroit.

Dr Devoir.
(Villeneuve-sur-Yonne.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical du Jura

Au moment où nous venons de publier les statuts types du syndicat de l'arrondissement de Versailles, nous recommandons à nos lecteurs

la vigoureuse étude qui suit. Toutes nos félicitations à son auteur, M. le Dr Billon (de Dole). Les syndicats seront cela ou ils périront misérablement.

H. J.

A quoi servent les syndicats médicaux?

A rien. Telle est l'objection qui a été faite au Congrès de Franche-Comté du 4 août 1901, par plusieurs congressistes. Et cette opinion a été soutenue avec un certain talent et une absolue conviction, à propos du projet de création d'un syndicat médical dans le Doubs. Trois arguments ont été développés :

1°) A quoi bon un syndicat, puisque l'Association existante a qualité pour résoudre toutes les difficultés soumises aux syndicats médicaux ;

2°) Le mot de syndicat n'est pas compatible avec la dignité médicale, il évoque trop les revendications ouvrières ; cela sent le meeting et la grève ;

3°) Enfin, les syndicats médicaux, en général, ont-ils vraiment rendu des services ? Lesquels ?

On savait dans l'assemblée que les médecins du Jura avaient constitué depuis plusieurs années un syndicat, et même un syndicat assez remuant. Aussi, comme j'assistais à la réunion, on m'a demandé mon avis. Je vais tâcher de le résumer ici.

Puisse le récit de nos luttes et de nos conquêtes enflammer d'une noble ardeur mes confrères du Doubs, et les déterminer à suivre notre exemple.

« Le besoin crée l'organe » : cette loi du transformisme s'applique aux collectivités comme aux individus.

Si, depuis dix ans, on a assisté sur tout le sol de la France à une telle éclosion de syndicats médicaux, après que la loi de 1892 eut accordé aux médecins le droit de se syndiquer, c'est parce que les difficultés de plus en plus grandes de notre profession avaient rendu nécessaire l'union des médecins en vue de la défense de leurs intérêts menacés.

La loi de 1892 n'a donc pas, à proprement parler, créé les syndicats médicaux. Ils existaient déjà virtuellement, sans avoir le droit d'agir. La loi n'a fait que leur ouvrir la porte, et ils sont entrés dans l'arène.

Est-il besoin d'énumérer les difficultés qui s'accumulaient déjà sur notre route, et qui n'ont fait qu'augmenter ?

Sociétés de secours mutuels, dont les exigences croissent avec le nombre des adhérents, et qui viennent nous offrir leurs faveurs au rabais, la visite à dix sous comme dans certaines villes. — Assistance médicale reprenant en détail ce qu'elle semblait nous avoir accordé en gros, tel ce département alpin où, d'autorité, le Conseil général a fixé la visite à trente centimes et le kilomètre à vingt, un peu moins qu'on ne donne aux saute-ruisseaux du télégraphe. — Compagnies d'assurances écrivant à chacun de nous, comme à l'élu de leur cœur, pour obtenir un bon petit traité pas cher, et nous passant la main droite dans les cheveux pendant que de la gauche elles nous *font* notre porte-monnaie. — Et enfin la clientèle elle-même, exigeant davantage du médecin tout en *l'honorant* moins. — Tous ces adversaires de notre indépendance et de nos intérêts ont amené le corps médical à se révolter et ont rendu nécessaire la coalition de nos forces pour résister à tant d'assauts.

Trop longtemps on a exploité notre dévouement et notre désintéressement. Vous connaissez le cliché : « La médecine est un sacerdoce le médecin est comme le prêtre... » D'accord ; mais le prêtre vit de l'autel, tandis que le médecin, lui, trop souvent en meurt.

Lui a-t-on assez tondu sa laine, à ce beau mouton médical, qui isolé ou en troupeau, ne pouvait que bêler quand on l'écorchait. Voici les syndicats : du coup, le mouton a regimbé ; ce n'est plus de la laine qu'il sent lui repousser sur le dos, mais du poil, un poil dur et raide qui le fait terriblement ressembler à un hérisson. Qui s'y frotte s'y pique.

Et puis, enfin, pourquoi ne pas dévoiler nos plaies secrètes, et avouer une autre raison d'être des syndicats ? Par suite de l'encombrement de la profession médicale, par suite aussi de cette âpreté de lutte qui existe partout, on a vu s'installer parmi nous des *strugglforlifeurs*, des arrivistes sans scrupules qui, dédaigneux de nos traditions d'honneur et de dignité, ont *commercialisé* la médecine et fait la chasse aux clients et aux prébendes, par les moyens les moins avouables.

Il en est résulté non seulement un abaissement du taux moyen des honoraires, mais encore, aux yeux du public qui, le danger passé, ne demande qu'à railler ses augures, un avilissement de notre profession, jadis respectée et honorée.

C'est pour lutter contre tous ces ennemis nouveaux que les syndicats étaient devenus nécessaires, et voilà pourquoi, à peine la loi de novembre 1892 promulguée, on les voyait éclore en grand nombre. Fin 1900, il y en avait soixante.

Vous nous objectez : « Pas besoin de créer un syndicat, il ferait double emploi avec l'Association départementale. Rien dans la loi n'interdit à l'Association de fonctionner comme syndicat. A la rigueur, qui nous empêcherait de constituer au sein de l'Association une chambre syndicale qui aurait pour mission de veiller à nos intérêts professionnels. De cette façon, on aurait la chose sans avoir le mot, l'horrible mot de syndicat, dynamitard et prolétarien. »

Je m'inscris carrément en adversaire de cette opinion. Eh ! parbleu, nous le savons bien, quel nom de syndicat évoque des idées de combativité, de résistance, d'assauts ! Mais c'est justement pour cela que nous le voulons, et qu'il ne saurait être remplacé par le titre d'association. L'Association confraternelle (le mot l'indique) c'est la bienfaisance, la charité, l'assistance entre confrères ; le syndicat, c'est la coalition des énergies, des forces armées contre les empiètements du dehors. L'Association, c'est l'Hôtel des Invalides ; le Syndicat, c'est l'École militaire. Loin d'être rivales, les deux fondations sont connexes, presque mitoyennes.

Autre objection : « Les syndicats n'ont rien produit, que des discussions stériles et des projets morts-nés. »

Vous croyez ? Eh bien, pour répondre, me voici amené à parler de nous, du Syndicat des médecins du Jura.

—

Il a été constitué en 1897, à l'instigation du docteur Chevrot, conseiller général de Bletterans, qui en est le président, Il comprend aujourd'hui les trois quarts des médecins du Jura : chose bizarre, le quart dissident est en grande partie formé de jeunes.

Dès le lendemain de sa création, on s'est mis à l'œuvre. Et le 31 aout 1898, est adopté à l'unanimité, après de vifs débats, un Tarif minimum d'honoraires. Ici, rendons à César ce qui est à César; notre tarif a beaucoup emprunté à celui du Doubs, cette petite plaquette jaune bien connue qui était excellemment rédigée (1).

« Vous voyez bien, m'objectera-t-on, qu'il n'y « a pas besoin d'être un Syndicat pour faire de « bon ouvrage ! la preuve, c'est que notre Socié« té du Doubs, avait, bien avant vous, élaboré « un Tarif que vous déclarez vous-même excel« lent. »

C'est vrai ; seulement il s'agit de savoir si ce tarif est appliqué chez vous, et si les médecins qui l'ont approuvé s'y conforment. Et s'ils ne s'y conforment pas, quelles représailles peut exercer l'Association ? — Aucune, n'est-ce pas.

Eh bien !, tout à l'heure je vous dirai à mon tour de quelle façon les Syndicats peuvent faire fonctionner les décisions prises.

Continuons. — Le 22 octobre 1899, vote d'un tarif spécial aux accidents du travail, en rapport avec les responsabilités beaucoup plus grandes que nous crée la loi de 1898. Notre tarif est copié sur le tarif girondin, avec cette différence capitale qu'il spécifie nettement, en quelques paragraphes, certaines clauses dont les événements ont, depuis lors, bien montré l'importance (2). Qu'on en juge par cet extrait :

« 1°) Les médecins des hôpitaux ont droit aux mêmes honoraires pour les soins qu'ils donnent à un blessé dans leur service d'hopital.

« 2°) L'ouvrier est libre dans le choix de son médecin.

« 3°) Les médecins soussignés s'engagent à ne pas donner leurs soins à des tarifs inférieurs au tarif ci-dessus. »

S'est-on assez escrimé dans toute la France sur ces trois questions là ? A-t-on fait couler assez d'encre pour aboutir parfois aux propositions les plus saugrenues ? Que d'arrêts de justice contradictoires ! le plus souvent, il est vrai, en faveur des médecins, grâce à l'action syndicale qui intervenait. Jusqu'au Parlement lui-même qui, trouvant boiteuse sa propre œuvre de 1898, la remit sur le chantier, et accoucha, fin mai 1901, d'un nouveau monstre qui fit pousser des cris d'orfraie aux deux parties intéressées, médecins et Compagnies d'assurances !

Les clauses ci-dessus du tarif jurassien semblaient avoir prévu ces difficultés et s'étaient efforcées d'y parer. Oh ! il ne faudrait pas croire que, grâce à ces petits articles, cela est allé tout seul, et que les médecins du Jura ont été sur un lit de roses, pendant que leurs confrères d'à côté ferraillaient avec les Compagnies !

Ce serait bien mal les connaître, ces braves. Compagnies d'assurances, que de croire qu'elles ont accepté la situation sans chercher à l'exploiter. Ici, à Dole, nous avions tous signé le tarif, et il en avait été envoyé des exemplaires, signés, aux patrons et aux Compagnies d'assurances. Tout d'abord, on chercha à nous entamer individuellement, en nous offrant, au rabais comme de juste, le bon petit monopole, si nous consentions à parjurer notre signature. Puis devant leur insuccès, toutes les Compagnies capitulèrent et acceptèrent notre tarif. Toutes, sauf une, d'origine étrangère. Elle se dit, cette Compagnie très psychologue : « Ce serait bien étonnant si parmi tous ces médecins, il n'y avait pas un félon ! il y en a bien eu parmi les apôtres. »

Ce raisonnement n'était pas bête, et il s'est trouvé juste : il y avait un félon. — Alors, à partir de ce jour, plus un seul accident pour nous autres, les fidèles ; vide complet, par suite de la monopolisation des blessés de cette Compagnie au profit de l'élu.

Ce n'est pas tout. A la première réclamation d'honoraires (pour des accidents antérieurs) conforme au tarif jurassien, la Compagnie répond par une lettre hautaine (1) qu'elle ne règlera que devant le juge de paix, sur le tarif d'assistance médicale. C'est ce qui fut fait. Le signataire de ces lignes eut le peu enviable honneur de faire rendre à Dole le premier jugement de ce genre (2). Avec les frais, cela a coûté à la Compagnie un peu plus du double de ce que je lui réclamais... Elle ne s'y est plus frottée ; et depuis cette époque, elle laisse ses blessés libres de choisir leur médecin et règle sans protester les notes d'honoraires conformes à notre tarif ; elle trouve que c'est encore meilleur marché.

Les traits de félonie ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Comment les punir ? et surtout comment les empêcher ? J'ai promis tout à l'heure de vous le dire : voici.

Le Syndicat médical de Bourgoin vient d'obtenir un jugement dans des espèces (comme on dit au Palais) toutes pareilles à notre cas. Le félon a été condamné à des dommages-intérêts envers les autres confrères syndiqués, et aux frais de l'instance. Comme il en a appelé devant la Cour de Grenoble, il faut attendre l'arrêt : ce sera pour janvier ou février.

Si cet arrêt est confirmatif, soyez persuadés que dorénavant, les syndicataires qui seraient tentés de se laisser séduire par les offres des Compagnies réfléchiront devant la perspective des dommages-intérêts et de la flétrissure morale qui en résulterait pour eux.

Mais dans ces conditions, dira-t-on, le résultat de tant d'efforts est à la merci d'un confrère nouveau venu pour qui ce serait tout indiqué, n'ayant pas les mains liées par un Syndicat, de profiter de sa liberté pour accepter toutes les

(1) Il a fallu, pour la faire oublier, le remarquable Tarif actuel, dû à nos distingués confrères bisontins de la Société de médecine. Ce Tarif, mis au point des nécessités présentes, est admirablement conçu dans son plan et dans ses détails et, au point de vue typographique, très clair et très élégant. La dernière partie, due au docteur Baudin, est une idée très heureuse et sera fort appréciée des praticiens. C'est le travail de ce genre le plus parfait que je connaisse.

(2) Ce tarif a été publié dans le bulletin de l'Union des Syndicats du 5 mai 1900. J'en tiens des exemplaires à la disposition des confrères.

(1) Bulletin de l'Union des Syndicats, 5 avril 1900.
(2) Id., 5 juin 1901.

propositions et cumuler tous les monopoles offerts au rabais par les Compagnies. — Soit, mais s'il faisait cela, il n'arriverait jamais à faire croire qu'il agit en bon confrère, lorsqu'il vient détruire en quelques jours le fruit de tant de luttes. Et alors, une fois prévenu, s'il continuait à reconstituer à son profit les monopoles si péniblement détruits, il trouverait dressé contre lui, pour le tenir à l'écart et cesser tout rapport professionnel, l'ensemble des confrères syndiqués, unis par les luttes de jadis.

D'ailleurs, on commence à suspecter fortement les intentions des jeunes confrères qui, sans motif avoué, se tiennent à l'écart des syndicats.

« Ne pas être au nombre de ceux qui défen-
« dent vaillamment le drapeau, par tous les
« moyens honorables et légaux, c'est s'assimiler
« au soldat qui déserte, pendant que ses frères
« sacrifient tout ce qu'ils ont de plus cher, temps,
« argent, avenir, santé..... Si l'adhésion au Syn-
« dicat fut longtemps un simple droit pour le
« médecin honorable, elle est devenue aujour-
« d'hui un devoir absolu, inéluctable, si on ne
« veut pas être discuté ou suspect (1). »

Voilà donc résolue à Dole, ou bien près de l'être, la question des monopoles des accidents du travail. Quant aux autres monopoles officiels : assistance médicale, vaccinations, enfants du premier âge, le Syndicat des médecins du Jura les a abolis. Dans le Doubs, l'assistance médicale est attribuée à un certain nombre de médecins privilégiés, à l'exclusion des autres. Dans le Jura, tous les médecins participent à ce service, et ils sont rémunérés à la visite. — Nous avons obtenu la même égalité pour la Vaccination et les Enfants du premier âge : tout le monde a une circonscription ; on fait les parts plus petites, voilà tout.

Là où l'action syndicale du Jura s'est exercée de la façon la plus efficace, c'est dans la répression de l'exercice illégal. Qui ne les connaît ces pirates de la médecine ? Qui ne les a souhaités au diable, ces célèbres docteurs américains, ces oculistes de la Jungfrau, ces bandagistes diplômés de la Faculté de Paris ? Mais ce qu'on ne veut pas assez reconnaître, c'est à quel point ces rastaquoères nuisent à nos intérêts matériels et tendent à avilir la dignité de la profession, en se faisant passer pour médecins et en flibustant, sous ce titre, les malheureux qui viennent se confier à eux.

Le Syndicat du Jura a pris à cœur de purger notre département de ces charlatans, et il a obtenu un premier succès cette année. Voici l'histoire :

Depuis longtemps, un certain docteur G..., de Lyon, venait à dates fixes faire des tournées dans les villes du Jura. Il guérissait les hernies, les tumeurs du ventre, les maladies de matrice, d'estomac, des poumons, les rhumatismes...., tout, enfin ! La venue de ce Messie était annoncée à grand renfort d'affiches dans les villages et de réclames dans les journaux locaux, et par une copieuse distribution de prospectus le jour de l'arrivée du personnage. Dès son entrée dans l'hôtel le plus chic de la ville, on hissait (comme pour le Président de la République) une grande pancarte sur toile à la porte principale de l'hôtel. Et alors, le bon peuple était admis à apporter ses maux... et son argent au célèbre docteur.

Le Syndicat ayant appris qu'il venait à Dole, tout fut préparé pour l'y pincer. Des renseignements demandés au Parquet de Lyon nous avaient appris qu'il n'avait point le moindre diplôme, mais qu'il avait, en revanche, un casier judiciaire pour escroquerie. Belle prestance, redingote du bon faiseur, un bagoût et un aplomb énormes. — Le commissaire de police mit gracieusement à notre disposition un de ses agents les plus intelligents, qui, habillé en simple mortel, devait faire le rôle de *client*. On l'avait préalablement documenté sur *sa maladie* : mauvaises digestions, vomissements, tout ce que vous voudrez. Entre parenthèses, il était, — et il est plus que jamais, — débordant de santé, rose et frais, n'ayant jamais eu une heure de maladie. De plus, par chance, il avait au creux épigastrique un petit lipome gros comme une noisette, insignifiant.

Il arrive à l'hôtel, il est introduit, à son tour, auprès du grand homme. Sur interrogatoire, il débite son chapelet. Le docteur hoche la tête, très soucieux de la gravité du cas. Puis, l'interrogatoire terminé :

— « Déshabillez-vous, mon ami, et étendez-vous sur cette chaise longue. »

L'autre, déjà vaguement inquiet, obtempère.

Le docteur se penche, et soudain, le sourcil froncé, l'index tendu vers l'épigastre :

— « Depuis quand avez-vous cela ?

— « Il y a déjà quelque temps, M. le Docteur.

— « Comment ! votre médecin n'a pas vu cela ! et il ne vous a pas soigné ! Mais, mon pauvre garçon, c'est une hernie, et des plus graves. Si on n'y porte remède, vous avez encore pour deux ans de vie ! »

Le pauvre agent, quoique bien prévenu, finissait par avoir un trac abominable. Il nous l'a avoué après.

— « Heureusement, reprend le rasta, que vous
« êtes venu me trouver. Je me charge de vous
« guérir, comptez sur moi. Je vais vous faire
« envoyer des remèdes, et voici une ceinture.
« C'est 60 francs. »

Suivant nos instructions, le *client* demande à consulter sa femme. *Exit*. — Entre alors le commissaire de police muni de son écharpe ; il demande à voir le diplôme, qu'on ne peut pas lui montrer, et pour cause.

Alors le commissaire, malgré les protestations indignées et les menaces du charlatan, saisit sur sa table, outre un stock d'appareils et de drogues, un paquet de feuilles volantes dont la lecture était, ma foi, fort instructive. On y trouvait des noms connus de nos clients à nous, que nous n'aurions jamais soupçonnés si... naïfs ; et cela, avec des diagnostics cocasses, et les sommes perçues. Ces derniers renseignements étaient très intéressants ; ils nous ont permis de constater que ce *cher* docteur donnait, en effet, ses soins à l'abdomen, à la tête, à la poitrine, mais jamais *à l'œil*.

Bref, il comparut, à raison de ces faits, devant le tribunal correctionnel de Dole, le 30 avril dernier. Le Syndicat du Jura et les médecins de Dole s'étaient portés partie civile.

Malgré l'habile plaidoirie d'un avocat qu'il avait amené de Lyon, il fut condamné à 100

(1) *Concours médical*, 20 juillet 1901.

francs d'amende et à 100 francs de dommages-intérêts.

Le jugement, remarquablement motivé et écrit dans un style sobre et précis, est un modèle du genre ; il insiste notamment sur le préjudice causé par ces charlatans à la dignité du corps médical (1).

Avec les frais, cette journée d'hôtel revenait à notre pseudo-confrère à environ 500 francs, — et il n'avait pas couché. — On ne l'a plus revu dans le Jura.

En résumé : relèvement des honoraires pour la clientèle, — imposition aux Compagnies d'assurances du tarif jurassien, abolition des monopoles, — condamnation de l'exercice illégal, — voilà les résultats pratiques acquis par le Syndicat des médecins du Jura dans ces quatre dernières années.

Mais il y a d'autres résultats qui, pour être moins tangibles, n'en sont pas moins précieux. Je veux parler du réveil de nos énergies, de la conquête de notre indépendance, et comme conséquence, de l'augmentation du prestige du corps médical tout entier.

Ne craignons pas de le dire bien haut : l'esprit syndical, qui est notre esprit nouveau à nous, médecins, est venu, dans ces temps de veulerie et d'égoïsme universels, susciter les sentiments de solidarité sans lesquels nous ne pouvons pas vivre dignement.

Par cet esprit de discipline que l'on puise dans les syndicats, le médecin apprend à respecter les droits de ses confrères et à se respecter lui-même.

En maintenant à un taux raisonnable le chiffre de ses honoraires, et en assurant leur rentrée régulière, il obtient la juste rémunération de ses soins et de son dévouement, et il évite ainsi cette âpreté besogneuse, mère de l'envie, et mauvaise conseillère.

Le médecin peut ainsi entretenir des rapports cordiaux avec ses confrères en n'empiétant pas sur leur terrain. Mieux rétribué, il peut se contenter d'un nombre moindre de clients, et consacrer au travail un temps dont ils seront les premiers à bénéficier.

Et en définitive, il contribue par là à rendre à la profession médicale, tant attaquée aujourd'hui, son bon renom, sa valeur et sa dignité.

Dole (Jura), 15 décembre 1901.

(1) Bulletin de l'Union des Syndicats, du 5 juin 1901.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les récompenses décernées par le Ministre de l'Intérieur sur la proposition de l'Académie de médecine, pour travaux spéciaux sur le service médical des eaux minérales en 1899-1900 ou sur les épidémies en 1900, nous relevons les noms des membres du « Concours » suivants :

1° *Eaux minérales.* — Médailles d'argent. — MM. les docteurs Nicolas (du Mont-Dore) ; Barbaud (de Paris) ; Duhourcau (de Cauterets) ; Deléage (de Vichy) ; Leriche (des Eaux-Bonnes).

2° *Epidémies.* — Rappel de Médaille d'or. — M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes) ; Rappel de médaille de vermeil, M. le docteur Boquin (d'Autun) ; Médailles d'argent, MM. les docteurs Bauzon (de Châlon-sur-Saône) ; Courtade (d'Outarville) ; Ficatier (de Bar-le-Duc) ; Gorez (de Lille) ; Hoël (de Reims). — Médailles de bronze, MM. les docteurs Colin (de Quimper) ; Dupuy (de Moissac) ; Soula (de Pamiers) ; Tétau (de Gesté) ; Caron (de Dieppe) et Marquezy (de Neufchâtel-en-Bray).

La proposition Bataille. — Dernièrement, le Sénat a nommé la commission chargée de l'examen de la proposition. Cette commission est composée de MM. Perrier, Treille, Bataille, Cordelet, Lelièvre, Coste, Renard, Saillard et Lordereau. Le bureau du *Sou Médical* lui fera parvenir dans quelques jours le rapport qui lui a été soumis dans sa séance du 13 mars et dont les termes ont été approuvés à l'unanimité. Tout en rendant pleinement justice aux bonnes intentions de l'auteur, nous avons été conduits à reconnaître que son projet présentait beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages et nous avons pensé qu'il était de notre devoir de le dire, afin de montrer au Sénat que le corps médical n'adresse avec ensemble au Parlement que des demandes légitimes, d'application facile et utile, et avant tout équitables. Nous espérons qu'il s'en souviendra dans l'examen de l'article 4 de la loi-accidents que nous lui avons proposé.

Commission de la dépopulation. — Elle continue de s'organiser et cette première tâche est plus difficile qu'on ne pourrait le supposer à priori.

La sous-commission de la natalité s'est réunie mercredi matin, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Bernard, sénateur.

Elle a fixé l'ordre de ses travaux et désigné les rapporteurs suivants :

Causes physiques : MM. les professeurs Pinard et Richet.

Causes morales : MM. Bertillon et Honnorat.

Causes sociales : MM. Salone, Dumont et Gide.

Causes professionnelles : MM. March et Fontaine.

Causes des migrations : MM. Hennequin, Droulineau et Bertillon.

Causes économiques : MM. Yves Guyot et Neymark.

Causes fiscales : MM. de Foville, Hennequin, Javal et Honnorat.

Causes juridiques : MM. Lyon-Caen et Atthalin.

Causes politiques, fonctionnarisme et bureaucratie : MM. Ogieux et Brieux.

La commission a décidé de convoquer les personnes étrangères à la commission qui auraient des propositions ou des expériences à signaler.

Devenez membres du Sou médical. — « Aux médecins qui doutent encore de l'urgence qu'il y a à devenir membres du *Sou médical*, à s'assurer à raison d'un sou par jour contre toutes les mésaventures professionnelles, nous donnons le conseil de lire les termes dans lesquels le *Journal* parle d'un très distingué professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

On dit : « La chirurgie s'est démocratisée ; on peut faire de la chirurgie tout aussi bien dans un village que dans un grand centre. » Nous partageons cette manière de voir. Mais si les chirurgiens des hôpitaux de Paris sont traités de la sorte, de combien de dangers sont menacés les chirurgiens des petites villes. Il suffit d'un journaliste maître chanteur pour ruiner et déconsidérer un médecin isolé. Car un médecin membre du *Sou médical* n'a rien à craindre d'un journal. Un membre du *Sou médical* a huit cents amis et la forte somme.

Les premiers diront au journaliste : « Rendez-nous le service de faire — non pas devant le tribunal, mais devant des tiers-arbitres désignés par vous et par nous — la preuve que notre confrère est coupable des faits que vous lui reprochez. Nous allons consigner de part et d'autre une somme bien rondelette ; si les arbitres vous donnent gain de cause, vous empocherez le chiffre fixé. Si, au contraire, vous n'êtes qu'un vil menteur, nous donnerons à notre confrère la susdite somme pour réparer, dans la mesure du possible, le dommage que vous lui avez causé. »

Que si le journaliste ne répond pas à cette invitation des huit cents amis du *Sou médical*, la *forte somme* va chercher l'huissier pour arracher le menteur de son repaire. Et comme les journaux sont des entreprises commerciales, les actionnaires ne tarderont pas à s'apercevoir que manger du médecin c'est indigeste. Si les médecins sont vilipendés, exploités, c'est parce qu'ils n'ont ni becs, ni ongles. Le *Sou médical* en possède. 18 francs versés chaque année, en une ou plusieurs fois, dans nos bureaux ou dans ceux du *Concours médical*, rue de Dunkerque, 23, à Paris, permettent à tous les praticiens honorables de se mettre sous leur protection. Allons, praticiens, hâtez-vous ! Pour être utilement assuré contre l'incendie, il faut signer la police au moins la veille du sinistre. »

N. D. L. R. — Tous nos remerciements à M. le Dr Rolland, de Toulouse qui, dans son intéressant *Bulletin d'oculistique*, rappelle périodiquement à ses lecteurs, en des termes comme ceux que nous venons de reproduire, les services du *Sou médical* que le reste de la presse médicale paraît ignorer, à quelques rares et précieuses exceptions près.

Un impôt sur les palmes. — M. Gourju a déposé un amendement tendant à ce que quiconque à l'avenir, sans appartenir professionnellement ni à l'enseignement public ni à l'enseignement privé, sera nommé officier de l'instruction publique, payera un droit d'admission de 100 francs pour le premier grade, de 200 francs pour le second.

Le montant des sommes ainsi acquittées sera réparti annuellement entre les veuves et les orphelins des membres de l'enseignement public dont les pensions de reversibilité n'excéderont pas 500 francs.

Tiens ! tiens ! L'assistance ne bénéficie-t-elle pas du pari mutuel ?

Le secret professionnel. — Nous lisons dans la *Gazette médicale de Paris*, le récit suivant :

« La 3e Chambre du tribunal de la Seine a admis « le principe de la responsabilité de deux pharma- « ciens qui avaient vendu de la morphine sans « ordonnance, à une dame. Le mari réclamait 10.000 « francs d'indemnité. Le Tribunal correctionnel « avait déjà condamné les deux pharmaciens à huit « jours de prison et 1,000 francs d'amende. Le tribu- « nal civil a cependant, avant faire droit, ordonné « une enquête. A noter dans l'affaire ce détail éton- « nant : le mari, dès le début, avait interrogé le « médecin pour savoir l'origine des troubles et des « abcès dont souffrait sa femme. Le médecin avait « mis un doigt sur sa bouche en invoquant le se- « cret professionnel ! Au bout de longtemps, sa « femme étant complètement détraquée par le poi- « son, le mari surprit un jour le garçon pharmacien « qui apportait chez lui du chlorhydrate de mor- « phine. Il sut alors ce que le médecin lui avait ca- « ché... et put porter plainte contre les pharmaciens « empoisonneurs.

« Est-ce que, vraiment, le bâillon professionnel « doit imposer au médecin l'obligation de laisser sa « malade se tuer, quand il peut la sauver en révé- « lant la cause de son mal ? »

La question que se pose notre confrère est assez naturelle. Mais il semble bien qu'après les arrêts de la cour de cassation rendus depuis quelques années, on n'y puisse faire que la réponse : « Dura lex, sed lex. »

Faut-il tant nous en plaindre d'ailleurs ? N'avons-nous pas assez déjà des missions policières qu'on nous impose ?

Fermeture de l'Université féminine de Chicago. — La North Western University, qui comptait soixante-dix jeunes femmes étudiant la médecine, refuse dorénavant de préparer des femmes aux examens médicaux. « Après trente-deux ans d'expérience, il paraît prouvé, a dit M. Raymond, l'un des plus éminents professeurs de l'Université, que les femmes font toujours des piètres docteurs. Elles ne comprennent parfaitement, ni les travaux de laboratoire, ni la chirurgie. Nous n'en voulons plus et le public n'en veut plus. »

Parmi les élèves féminines de l'Université, on comptait la princesse indienne Bamha Dhuleep Singh. (*Echo médical de Lyon*).

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Grenoble, août 1902. — Le prochain congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra du 1er au 8 août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. le docteur E. Régis, professeur de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Les questions qui feront l'objet de rapports sont les suivants :

1° Pathologie nerveuse. Les tics en général. Rapporteur : M. Noguès (de Toulouse).

2° Pathologie mentale : des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur : M. Lalanne (de Bordeaux).

3° Médecine légale : les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Les rapports seront adressés aux adhérents du Congrès pour le 1er juillet au plus tard.

Le secrétaire général du Congrès est M. le docteur Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. de Lapersonne commencera, le mardi 15 avril, à 3 h. 1/2, dans le laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu, une nouvelle série de conférences de technique ophtalmologique, suivies d'exercices pratiques. Il les continuera les mardis et jeudis suivants à 3 h. 1/2 et les samedis à 10 h. du matin, à la salle d'optique.

Concours des Hopitaux (*Chirurgie*). Sont concurrents pour les deux places de chirurgien des Hôpitaux de Paris : MM. Battigne, Boudet, Brésard. Brodier, Courtillier, Cunéo, Delbert (Paul), Dujarier, Frédet, Gosset, Guibé, Herbet, Lapointe, Mayet Mouchet, Ombredanne, Pasteau, Péraire, Petit, Proust, Reymond, Robineau, Thiénot, Veau, Wiart.

Concours d'Internat. — Séance du 14 mars. — Artère linguale. Symptômes et diagnostic de la varicelle : MM. Manoussi, Poisot, Bouchéaux, Hubert 10 ; Lœderich, 15 ; Auburtin, 11.

Sautelet, Pelletier, 11 ; Calvelé, 15 ; Le Meur, 10 ; Absents : MM. Levassort, Jamet.

Séance du 18 mars. — Muscle grand droit de l'abdomen. Symptômes de l'hydropneumothorax.

MM. Laborde, 9 ; Jacquemin, 15 ; Autefage, 13 ; Tanon, 10 ; Hérisson, 9 ; Villaret, 12 ; Gunbert, 11 ; Ambrosi, 10 : Clément, 12 ; Ramond, 16 ; Jouhaud, 9 ; Absent : M. Renaud (J.)

Séance du 19 mars. — Canal cholédoque. Symptômes de la colique hépatique. MM. Caldagues, 13 ; Muret, 14 ; Labadie-Lagrave, 10 ; Gachet, Rabier, 10 ; De Martel, 13 ; Cattard (Eug.) 9 ; Licou 16 ; Livré, 13 ; Bailleul, 15.

Séance du 20 mars. — Rapports du muscle psoas-iliaque. — Symptômes de la fièvre typhoïde au début du deuxième septénaire. MM. Ollier, 15 ; Kauffmann, 10 ; Friedel, 7 ; Papin, 12 ; Klein, 15 ; Descomps, 18 ; Dramart, Béal 15 ; Martin André, 15 ; Küss.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4805. — M. le docteur Blain, de La Mothe-Servolex (Savoie) présenté par M. le docteur Demarié, de Chambéry.

N° 4806. — M. le docteur Vilpelle, de Meaux (Seine-et-Marne), membre de l'Association des médecins de Meaux et secrétaire du Syndicat des médecins de Meaux.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 14. 5 AVRIL 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical

Séance du Conseil de Direction du 27 mars 1902.

Etaient présents :
MM. Gassot, Jeanne, Cézilly et Maurat.

Le Conseil enregistre avec satisfaction la délibération de la Société d'Alger, à l'occasion de sa réaffiliation à l'Association Générale.

Voici la lettre qui nous fait connaître cette décision.

« Très honoré Confrère,

« J'ai la très agréable mission de vous annoncer que l'Assemblée générale du 18 écoulé, à la suite de sa décision de se réaffilier à l'Association générale, vous a voté, à l'unanimité des membres présents, des félicitations vives pour les inappréciables services que vous avez rendus au Corps médical en fondant le Concours et ses œuvres filiales, aux bénéfices desquelles l'Association est heureuse de pouvoir participer aujourd'hui.

« L'Assemblée a en outre émis le vœu que nos collègues d'Algérie adhèrent en grand nombre au Sou médical, à l'Amicale et à la Caisse des Pensions.

« Je vous renouvelle, très honoré confrère, l'assurance de nos sentiments tout dévoués. »

Le Secrétaire,
Dr VERHAEREN.

Le vendredi 21 mars, a eu lieu chez le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux, une réunion constitutive de la Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.

Les membres présents ont nommé une commission dont M. le Dr Le Gendre a été nommé président, et M. le Dr Mathieu secrétaire-général.

M. le Dr H. Cézilly fait partie de cette commission comme représentant du Concours.

Le Conseil décide de communiquer à la Commission du Sénat, saisie de la proposition Bataille, l'étude critique qui a paru dans le numéro 12, du 22 mars 1902.

Il adresse ses félicitations à M. le Dr Treille, sénateur, pour l'initiative qu'il a prise au Sénat de défendre notre projet de rédaction de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail.

Un grand nombre de syndicats ont demandé les nouveaux statuts élaborés par le Syndicat de Seine-et-Oise et le Syndicat de l'Oise.

Le mouvement paraît s'accentuer vite dans le sens d'une sanction effective à donner aux manquements qui peuvent se produire aux décisions prises en commun.

Le Conseil décide de continuer sa campagne dans le même sens.

Le Conseil prend connaissance du projet présenté par M. le Dr Lande pour réglementer l'admission des malades payants aux hospices de Bordeaux.

Il en adopte les termes et décide, dès que ce projet aura été sanctionné par l'administration supérieure, de l'envoyer aux médecins que préoccupe la question.

Le Conseil dépouille la correspondance, prend communication des comptes et donne aux affaires courantes la solution qu'elles comportent.

Sou médical.

Procès-verbal de la séance du 13 mars 1902.

M. le Dr Maurat, président, ouvre la séance à trois heures.

Présents : MM. Lepage, H. Cézilly, Gassot, Jeanne, Mignon, Rousseau et De Grissac ; puis Me Gatineau, avocat à la Cour d'appel, Conseil judiciaire.

Excusés : M. le Dr Cézilly (Auguste), président

d'honneur, M. le Dr Le Gendre, l'un des vice-présidents, M. le Dr Bazot, syndic.

M. le Président expose que la réunion a été avancée d'une quinzaine de jours à cause de l'urgence de donner réponse à certaines demandes, ou de fixer l'attitude à prendre devant des questions posées à l'improviste, comme la proposition de M. le Dr Bataille au Sénat.

Il donne la parole au Trésorier.

M. le Dr Gassot demande au Conseil de prononcer les 61 admissions suivantes et fait remarquer combien ce chiffre imposant d'adhésions pour un seul trimestre prouve le sympathique accueil fait au *Sou médical* et à sa vaillante attitude de défense.

Sont admis comme membres de la Societé :

715. Dr Laporte, à Ollioules (Var).
716. Dr Vauriot, à Nîmes (Gard).
717. Dr Roustain, à Jarnages (Creuse).
718. Dr Cornu, à Ervy (Aube).
719. Dr Surre, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
720. Dr Guernier, à Balleroy (Calvados).
721. Dr Moulinier, à Exeideuil (Dordogne).
722. Dr Breitman, à Herbault (Loir-et-Cher).
723. Dr Piot, à Paris, 66 *bis*, rue Saint-Didier.
724. Dr Lambert, à Pierrelaye (Seine-et-Oise).
725. Dr Marlier, à Nogent-sur-Marne (Seine).
726. Dr Ader, à Anet (Eure-et-Loir).
727. Dr Jouve Balmelle, à Aramon (Gard).
728. Dr Laquerrière, à Paris, 30 boul. Voltaire.
729. Dr Payre, à Grenoble (Isère).
730. Dr Trazit, à Saint-Flour (Cantal).
731. Dr Nicolas, à Forges-les-Eaux (Seine-Inf.).
732. Dr Blanchet, à Pamproux (Deux-Sèvres).
733. Dr Delefosse, à Paris, 22, place St-Georges.
734. Dr Dormoy, à Molières-sur-Cèze (Gard).
735. Dr Prieur, à Rosny-sur-Seine (S.-et-O.).
736. Dr Chabert, à Roquemaure (Gard).
737. Dr Médail, à Bessé-sur-Braye (Sarthe).
738. Dr Soubeiran, à Gallargues (Gard).
739. Dr Kourilsky, à Bombon (Seine-et-Marne).
740. Dr Raimbert, à Châteaudun (Eure-et-Loir).
741. Dr Michalski, à Charny (Yonne).
742. Dr Malbois, à Versailles (S.-et-O.).
743. Dr Mekdjean Pascal, à Aillant (Yonne).
744. Dr Courtillier, à Paris, 89, rue de Rivoli.
745. Dr Ladroitte, à Brunoy (Seine-et-Oise).
746. Dr Vincent (Georges), Mandres (S.-et-O.).
747. Dr Villaret, à La Mure (Isère).
748. Dr Sicard, fils, à Castres (Tarn).
749. Dr Villeprand, à Paris, 66, rue de Passy.
750. Dr Boudet, à Champagne-en-Valronnay (Ain).
751. Dr Eyraud, à Yenne (Savoie).
752. Dr Cornet (Paul), à Paris, 73, b. St-Germain.
753. Dr Versepuy, à Chevreuse (Seine-et-Oise).
754. Dr Bonnemaison, à Veaugues (Cher).
755. Dr Giffard, à Andrésy (Seine-et-Oise).
756. Dr Voulet, à Dourdan (Seine-et-Oise).
757. Dr Bouisson, à Paris, 2 rue Donizetti.
758. Dr Monnier, à Douai (Nord).
759. Dr Perraud, à Chalamont (Ain).
760. Dr Bourdicaud, à Murat, pr Bugeat (Corrèze).
761. Dr Bohdonowicz, à Biarritz (Bas.-Pyrénées).
762. Dr Cuniot, à Saint-Vallier (Drôme).
763. Dr Veau, à Paris, 1, rue Gay-Lussac.
764. Dr Peltre, à Yerres (Seine-et-Oise).
765. Dr Piton, à Beynes (Seine-et-Oise).
766. Dr Danjou, à Limoux (Aude).
767. Dr Martin, à Lamballe (Côtes-du-Nord).
768. Dr Beyraud, Enghien (Seine-et-Oise).
769. Dr Rascol, Mirepoix (Ariège).
770. Dr Bruneau, Pont-à-Mousson (M.-et-Moselle).
771. Dr Mignen, Montaigu (Vendée).
772. Dr Grasset, Riom (Puy-de-Dôme).
773. Dr Tessier, Chavroche (Allier).
774. Dr Leneveu, Trouville (Calvados).
775. Dr Thil, 68, rue Doudeauville (Paris).

M. le Dr Gassot ajoute que trois sociétaires qui allaient encourir la radiation par défaut de payement de la cotisation viennent de se libérer, qu'un autre est décédé, que deux semblent avoir refusé de payer la traite postale, et que deux ont envoyé leur démission.

Si modeste que soit ce chiffre de pertes, le Conseil, *ayant pris connaissance des noms de ces sociétaires*, décide que les deux démissions et les deux refus de traite ne seront considérés comme des abandons définitifs qu'après une nouvelle démarche du secrétaire général, dont le résultat sera fourni à la prochaine séance.

M. le Dr Gassot expose ensuite la situation financière.

Avoir en espèces au 31 décembre 1901	8.815 68	9.115 68
Créances à recouvrer sur sociétaires	300 »	
Recettes au 10 mars	4.596 45	4.006 01
dont il faut déduire 1° pour dépenses	490 44	
2° pour remboursement d'une créance	100 »	
Total en caisse		13.121 69

M. le Président donne ensuite la parole au secrétaire général pour le rapport trimestriel.

Rapport du secrétaire général.

Messieurs,

J'espère vous présenter sous une forme très concise un exposé bien à jour de notre rôle en ce trimestre, car j'ai pris soin de demander récemment, par lettre particulière, à chacun de ceux qui ont sollicité notre intervention, à quel point précis était arrivé le litige qui les intéresse. Et les réponses me sont parvenues en temps utile. Vous me permettrez, dans cette revue, de suivre l'ordre alphabétique à cause de la multiplicité toujours croissante des affaires qui nous ont été soumises.

M. le Dr A., d'A., n'a pas cru devoir en appeler du jugement qui réduisait la note de ses honoraires et celle de ses aides dans une opération. M. le Trésorier lui a envoyé la part contributive des frais du procès telles que vous l'aviez fixée éventuellement à notre dernière séance.

M. le Dr B., de S., écrit le 7 mars : « J'espère que je vais avoir satisfaction au sujet de mes honoraires pour soins au blessé dont je vous ai parlé : la Cie a demandé enfin la note au patron. Je vous dirai le résultat définitif ».

M. le Dr B., de M., avait résolu de poursuivre l'auteur d'une lettre dans laquelle on critiquait d'une façon diffamatoire les soins d'urgence qu'il avait donnés à un blessé dans une pharmacie. Nous l'avions guidé dans la conduite à tenir. Il nous avertit le 4 mars que l'auteur de la lettre a été introuvable, ce qui le conduit à abandonner l'action judiciaire, mais qu'il ne nous en est pas moins reconnaissant d'avoir

répondu de suite à son appel en scrupuleux observateurs de nos promesses.

M. le Dr B., de B., a pu, sur nos indications, obtenir de sa commune le commencement d'une organisation de l'assistance médicale gratuite, et a vu se terminer d'une façon également satisfaisante un autre litige relatif au service de protection des enfants du premier âge.

M. le Dr B., de C., se plaint que le maire de sa localité a envoyé le garde champêtre inviter tous les indigents à ne pas le choisir comme médecin, quoiqu'il fasse régulièrement partie du service médical d'assistance. Comme nous serions là, Messieurs, en présence d'un abus analogue à celui que nous avons soumis à la Cour de cassation, nous vous proposons de demander à notre sociétaire, à l'appui de son assertion, tous documents et preuves sans lesquels il nous est impossible de prendre un parti. *(Adopté).*

M. le Dr B., de R., poursuivant un recouvrement d'honoraires s'était vu jeter dans les jambes l'accusation de faute lourde et, pour cette raison, nous lui avions promis l'appui de notre caisse. Aujourd'hui, l'accusation de faute lourde est retirée, on n'ergote plus que sur les chiffres, mais on continue les menaces. Nous continuerons, Me Gatineau et nous, d'assister M. B. par nos conseils et nos démarches, et vous maintiendrez s'il le faut, les subsides. *(Adopté).*

M. le Dr B., président d'un syndicat, nous a demandé ce qu'il fallait penser de la valeur des contrats liant les médecins à des compagnies d'assurances-accidents. Nous avons répondu que si, comme nous l'avons répété pendant toute l'année 1899, les contrats signés avant la loi accidents étaient alors résiliables de plein droit, ceux qui ont été souscrits depuis ont toute la valeur que leur donne les stipulations librement consenties. Tant pis pour qui n'a pas *voulu* entendre en temps utile et a cru plus malin de se lier les mains, s'il est pris à son propre piège aujourd'hui.

M. le Dr B., de O., a pour concurrents deux confrères qui signent précisément des contrats de ce genre à n'importe quelles conditions. Ils appellent cela « se créer des fixes », ce rêve du médecin en passe de se faire fonctionnariser ! — Nous avons répondu que s'il ne pouvait guérir ces aveugles, M. le Dr B. n'avait qu'à appuyer de toutes ses forces l'effort que fait à cette heure avec succès « La Participation », dans la région où il exerce. De la sorte, au bout de quelque temps, notre sociétaire pourra compter avec ses rivaux les bénéfices qu'ils auront tirés de leur fière attitude : les fixes seront devenus des assignats. En attendant, ce confrère a obtenu satisfaction de la compagnie qui discutait le montant de sa note.

Sous l'initiale C..., nous arrivons à parler de l'extravagante issue du démêlé de la magistrature avec le syndicat médico-pharmaceutique de Lille. Votre Commission a dit déjà son sentiment, au dernier numéro du journal, sur la sentence de la Cour de cassation et de la Cour de Douai. De même que nous avons publié tous les documents de cette histoire qui fera si triste figure au début des annales de la jurisprudence médicale en ce jeune siècle, de même nous vous demandons de publier la lettre suivante de M. le Dr Coppens, président de l'Union médico-pharmaceutique, parce que, dans tout ceci, elle fait œuvre en termes modérés d'une nécessaire justice distributive.

Lille, le 12 mars 1902.

Monsieur et cher Confrère,

L'« Union médico-pharmaceutique » ayant été dissoute par l'inconcevable arrêt de la Cour de cassation, nous nous sommes réunis hier en assemblée générale et avons décidé de nous reconstituer en nous plaçant sous le couvert de la loi du 1er juillet 1901 sur les associations.

C'est le conseil que nous a donné Me Mornard. C'est également le Conseil qu'a bien voulu nous donner le *Concours* dans son dernier numéro.

Nous verrons si la Chancellerie s'acharnera encore à faire violer la loi pour nous atteindre.

Espérons qu'un jour viendra où l'on connaîtra tous les dessous de cette peu édifiante histoire, car il est bien évident que la Chancellerie ne s'est pas mise en mouvement d'elle-même.

Chose curieuse, un organe s'est fondé à Paris, avec l'unique programme, semblerait-il, de calomnier notre association.

Ce journal a poussé la mauvaise foi, ou l'inconscience, jusqu'à nous représenter, nous qu'il ne connaît pas, comme des hommes sans valeur morale n'ayant en vue que l'exploitation du public.

Dans sa vertueuse indignation, il a écrit en ce sens à l'avocat général de Douai et à l'avocat général de cassation, les priant de requérir contre nous avec énergie !

Nous n'oublierons pas le précieux appui que vous avez bien voulu nous accorder. Presque seul de toute la presse médicale, le *Concours* a osé faire preuve d'indépendance et prendre en mains la cause de confrères honorables coupables d'avoir fait leur devoir et de n'avoir pas craint d'user de leurs droits de citoyens français.

Pour ma part, jamais je n'aurais cru la presse médicale aussi veule, et c'est avec une profonde stupéfaction que j'ai vu deux journaux médicaux sérieux nous attaquer, et ne pas oser insérer notre réponse.

Comment se défendre contre la calomnie en de pareilles conditions ? Déférer les calomniateurs aux Tribunaux ? Nous sommes payés pour savoir ce que nous réserve la justice.

Nous nous sommes arrêtés au parti qui nous paraît le plus sage et le plus pratique. Nous fonderons à quelques-uns, en dehors de l'« Union », mais parallèlement, un organe professionnel qui prendra pour titre : *La défense médicale et pharmaceutique*, qui tirera à 2.500 exemplaires et qui sera adressé à tous les médecins et pharmaciens de la région du Nord.

En attendant que nous puissions, dans le premier numéro, remercier comme il convient le *Concours médical* et le « Sou médical », je vous prie d'agréer, pour vous et vos collègues, l'expression des sentiments de vive gratitude de tous les membres de l'« Union ».

Bien confraternellement.

Dr Coppens.

P. S. N'auriez-vous pas l'obligeance de me dire dans quelle situation se trouve exactement l'« Union » aujourd'hui vis-à-vis du « Sou médical » à propos du pourvoi de Cassation ?

Veuillez m'excuser si je ne vous ai pas écrit plus tôt à ce sujet. Veuillez m'excuser aussi, si je n'ai pas écrit plus tôt personnellement pour vous remercier. Ce n'est pas par indifférence, croyez-le bien.

(Le Conseil vote la publication au procès-verbal de la lettre de M. le Dr Coppens. Il décide, de plus, que le Trésorier informera notre confrère que le SOU MÉDICAL *prend complètement à sa charge les frais*

relatifs au pourvoi en Cassation. Enfin, il félicite les syndiqués de ne pas se laisser arrêter dans leur tâche, s'ils estiment qu'elle est vraiment digne de leurs efforts et d'intérêt public).

M. le Dr D. avait réclamé notre appui contre un pharmacien qui le poursuivait en détournement de clientèle. Notre sociétaire nous informe que la menace et le commencement d'exécution ont échoué, et qu'il se considère comme désormais tranquille. Il ne semble donc pas qu'il y ait lieu de se préoccuper de la riposte proposée par notre confrère : poursuite du pharmacien pour un cas précis d'exercice illégal. (*Adopté*).

Le même sociétaire réclame notre aide aujourd'hui, moralement et pécuniairement, pour une revendication d'honoraires dans un cas particulier. Voici sa lettre *in extenso*.

Votre Commission a répondu déjà qu'il n'y avait rien autre chose de possible que la poursuite par M. D. de son client devant le juge de paix. Notre confrère insiste pour que nous fassions davantage ou autre chose.

(*Le Conseil constate qu'il ne saurait cependant ni se substituer à l'intéressé pour intenter l'action, ni accorder l'appui pécuniaire quand il y a simple litige sur le montant de la note et aucun point de jurisprudence à faire améliorer à la faveur d'un jugement. Il ne peut en conséquence qu'approuver l'avis déjà donné par sa Commission permanente*).

Nous attendons pour une époque prochaine l'issue judiciaire des affaires Dr D., de V. (inexécution de contrat entre un médecin et son remplaçant) et Dr D., de N., (responsabilité d'honoraires après déconfiture).

M. le Dr D., de P., nous avait soumis deux questions de responsabilité d'honoraires et avait reçu les avis de Me Gatineau. A ma demande de renseignements sur la suite de ces deux litiges, il ne nous dit rien quant à la responsabilité de l'amant qui s'est engagé à payer les frais d'accouchement de sa maîtresse. Il répond seulement au sujet de la responsabilité entre époux séparés de biens. La question a changé de face : l'époux jadis insolvable ne l'est plus aujourd'hui ; il a fait un premier versement ; le juge de paix conseille d'attendre avant de réitérer les poursuites. M. le Dr D., désire notre avis sur ce point. (*Le Conseil estime, avec le juge de paix, qu'il y a lieu d'accorder un certain délai et de ne revenir à l'action en justice que devant une preuve de mauvais vouloir du client*).

Sur demande de M. le Dr D., de S., de nouvelles démarches seront faites aux ministères de l'Intérieur et de la Guerre pour amener la cessation de criants abus dont notre confrère est victime. Le Conseil décide quels sont ceux de ses membres qui seront chargés de ces missions, et entend l'exposé des procédés qu'ils comptent employer pour réussir.

D'autre part, notre Conseil judiciaire est prié de renseigner M. D. sur les moyens de faire annuler le contrat passé entre son concurrent étranger et la municipalité, en vue d'assurer à ce dernier le monopole des soins à tous les habitants de la commune. Un avis lui sera envoyé à ce sujet.

Nous avons décidé à la dernière réunion de prêter appui à M. le Dr G. auquel une matrone porte un préjudice considérable. A cet effet, nous nous sommes entendus avec le syndicat de R. qui a déposé une plainte au Parquet et se charge de nous représenter et de suivre la question d'assez près pour que, par une voie ou une autre le but visé soit atteint.

M. le Dr G., de V., nous a envoyé un exemplaire du prospectus que fait distribuer dans sa résidence, certaine sage-femme qui cumule les fonctions d'herboriste, de masseuse, de ventouseuse, avec celles de consultante et de prêtresse de Lucine. Nous avons conseillé à notre sociétaire de porter ce catalogue au Parquet avec une plainte en règle. S'il n'y a pas là de quoi faire bondir le plus somnolent des Procureurs, c'est qu'il faut désespérer de l'application des lois en matière d'exercice illégal. Constatons que nous ne savons pas à cette heure s'il a été donné suite à notre avis.

Nous suivons en appel M. le Dr G., de M., auquel un juge de paix a accordé des honoraires pour les soins qu'il a donnés à l'hôpital à une victime du travail.

M. le Dr H., de M., poursuivant un recouvrement d'honoraires, s'était vu opposer, sous l'inspiration d'un soi-disant confrère (comme toujours !), une demande reconventionnelle pour faute lourde dans le traitement. Il vient d'obtenir le plus complet succès, car non seulement le tribunal a écarté brutalement la question de responsabilité médicale, mais encore il n'a pas diminué la note d'honoraires ! Hâtons-nous, Messieurs, de payer les 150 fr. de frais qui nous ont valu si complète satisfaction. (*Adopté*).

L'affaire Dr H., de P., basée sur une soi-disant atteinte au secret professionnel dans la rédaction d'un certificat en cas de divorce, sera prochainement appelée. Nous avons tout lieu d'espérer que la solution sera favorable.

A propos de M. le Dr J. dont vous avez suivi depuis un an la très désagréable mésaventure, nous sommes en présence de la carte à payer. Nous vous proposons, après pourparlers avec l'Association générale, dont notre confrère fait partie, de verser à l'intéressé la somme de 700 fr. pour lui éviter les nouveaux désagréments qu'il redoute, la moitié de cette somme devant nous être remboursée par notre grande société de bienfaisance. (*Adopté*).

Nos confrères : Dr J., de A., et J., de G., ont suivi les conseils que nous leur avions donnés. Le premier attend une solution du Conseil de préfecture. Nous pensons que le second a intérêt pour diverses raisons, à se contenter de l'importante satisfaction partielle qu'il a obtenue.

M. le Dr L., de M., éprouvant de grosses difficultés à se faire payer, par un responsable habitant Londres, les honoraires qui lui étaient dus pour d'importantes interventions chirurgicales, nous étions déjà partis en guerre pour lui venir en aide au prix de mille difficultés, lorsque notre bonne volonté a été tout d'un coup récompensée par un changement d'avis de l'Anglais récalcitrant, qui s'est exécuté sans attendre l'intervention du sollicitor.

Prochainement, doit venir l'appel du Dr L. au sujet d'une question de principe : « Incompétence du tribunal pour faire la répartition des honoraires entre chirurgiens collaborant à la même

opération. » Quelque difficile à prévoir que soit l'issue de cette affaire, il importe que votre sentiment soit dit : il le sera.

Deux membres du Conseil, MM. Maurat et de Grissac, se sont livrés, sur la demande et après acceptation formelle de M. le Dr L. et de M. le Dr D., à un arbitrage très délicat et de notable importance. Nous conserverons aux archives comme un modèle les documents et travaux si consciencieux de nos amis, qui ont abouti à une sentence parfaitement étudiée, d'une indiscutable équité et d'une valeur incontestée. Cette sentence, acceptée et exécutée dans tous ses détails par les intéressés leur aura rendu à l'un et à l'autre un très gros service.

Votre Commission a reçu dernièrement de M. le Dr L., de P., une demande de payement des honoraires d'un avocat qui lui a prêté son concours à l'une des nombreuses étapes de la procédure qu'il a suivie pour sauvegarder sa réputation dans une affaire de responsabilité médicale qui paraît ne devoir jamais être éclaircie. *(Le Conseil, après longue délibération, constatant que cette procédure semble n'avoir plus guère d'intérêt professionnel direct, décide de s'en tenir aux termes de ses engagements d'appui moral pris en 1899 et qu'il a tenus par l'intermédiaire de l'expertise faite par un des membres de la Société à l'époque où la responsabilité médicale était en jeu, et de ne pas entrer dans la voie de l'appui pécuniaire que l'Assemblée générale n'eut jamais l'idée de promettre).*

Nous avons fait tenir à M. le Dr M., de B., qui prépare la cession de sa clientèle, un projet de contrat qui nous a coûté quelque effort de rédaction à cause de la complexité des engagements réciproques à stipuler. Par la lettre que voici, notre Sociétaire nous adresse ses remerciements et se déclare absolument satisfait de notre envoi.

M. le Dr M., de A., lutte contre la rouerie chicanière d'un notaire, fils de sa cliente décédée, qui discute et sur le privilège et sur le montant de la note. Après avoir expertisé celle-ci, nous avons engagé notre sociétaire à résister aux tentatives d'intimidation dont on use envers lui pour obtenir une transaction de dupe, et nous lui avons promis notre appui complet. (*Approuvé*).

M. le Dr M. a été mis en rapport avec le *Syndicat français de recouvrements*, 131, Bd Sébastopol, au sujet d'une créance sur un client habitant Paris.

Pour nous avoir trop insuffisamment renseignés (hélas ! que les médecins laissent à désirer sous ce rapport), M. le Dr M., du M., nous a conduits à un échec en justice de paix, nous amenant à poursuivre un maire comme responsable dans une question d'assistance médicale, alors que le responsable était bien évidemment le patron du blessé. Il faut que tous nos sociétaires prennent bien soin de ne pas risquer ainsi de nous compromettre. Notre force est dans le crédit moral ; cela ne doit pas être menacé par des insuffisances de détails importants ni par des négligences (*Très bien*).

Bien plus grave encore est le danger que nous a fait courir M. le Dr M., de P. Nous avons failli le suivre à l'audience où nous allions affronter mille risques touchant la reconstitution fantaisiste, *à notre insu*, d'une comptabilité que la partie adverse démontrait évidemment fausse. Un hasard nous ayant mis heureusement au courant, en temps opportun, nous avons brutalement retiré tout appui à MM., en exigeant même le remboursement des sommes déjà avancées pour son compte. Cette sanction, la seule qu'il nous appartient de voter, a reçu son exécution, comme le Trésorier peut vous le dire. Cet incident, Messieurs, a beaucoup ému votre commission permanente et elle s'est demandée si notre Société n'avait pas beaucoup à craindre de pareils procédés.

(Le Conseil, très ému aussi de cette déclaration, décide qu'il demandera à l'Assemblée générale de prévoir, pour des cas de ce genre, des sanctions statutaires. Mais il estime que, dès aujourd'hui, il ne se sent plus capable d'ajouter créance aux dires de M. M. dans les affaires qu'il pourrait soumettre et il invite le secrétaire général à lui demander sa démission).

L'initiale O. nous donne à vous signaler deux capitulations de Compagnies d'assurances-accidents qui se dérobaient au quart d'heure de Rabelais. Cela devient banal, direz-vous. Oui ; n'empêche qu'il faut le répéter pour la gent un peu moutonnière des médecins qui ne prennent pas conscience de leurs droits, et se font tondre par esprit de concurrence à l'égard de leurs confrères non moins tondus.

A M. le Dr P. D., de L. R., il vient d'être envoyé une consultation touchant un recouvrement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital.

MM. les Drs P., de N., l. G. et P., de St-M., ont aussi reçu des avis pour des recouvrements d'honoraires.

M. le Dr P., de R., nous avertit qu'il espère être payé des soins qu'il donne à l'hôpital aux blessés d'une Compagnie de chemins de fer locaux.

Nous attendons toujours l'issue de la bataille engagée entre M. le Dr P., de M., et sa très reconnaissante Société de secours mutuels. Elle serait déjà gagnée si la confraternité médicale était pour tous autre chose qu'une formule banale de salut ou de suscription épistolaire.

Dans la lettre R., citons pour mémoire deux litiges judiciaires non encore appelés ; une demande de prêt à laquelle nous n'avons pu donner satisfaction et que nous espérions voir accueillie par la Société locale, ce en quoi nous avons été déçus.

A M. le Dr R., de M., que nous désirions bien aider dans une question de recouvrement d'honoraires, nous allons écrire qu'il veuille bien inviter son avoué à donner connaissance du dossier à Me Gatineau.

M. le Dr S. a remboursé à cette heure la moitié du prêt qui lui avait été consenti en 1898 et annonce comme prochain l'envoi de l'autre moitié.

M. le Dr S., de St.-C., informe qu'un jeune chirurgien de Paris, auquel on ne connaît aucun titre scientifique particulier, offre à des administrations hospitalières de la banlieue, d'aller faire la chirurgie de ces hôpitaux à des jours fixes de la semaine et gratuitement, *les médecins de ces hôpitaux devant lui servir d'aides* !

Le Conseil décide que l'initiative de la défense contre de si étonnantes propositions est laissée au Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles particulièrement intéressé, et que le Sou médical se tiendra à la disposition de ce dernier, si besoin s'en fait sentir.

Rien de nouveau à signaler dans le litige Dr S. contre Dr A. qui a acquis sa clientèle. Le cédant avait demandé à venir lui-même aux frais du *Sou médical*, assister à l'enquête ordonnée par le tribunal saisi. Tous renseignements pris, votre Commission a répondu que cette dépense était absolument inutile et n'offrait pas les compensations qu'en attendait notre sociétaire.

(*Le Conseil, après avoir fait prendre connaissance des innombrables lettres de M. le Dr S. par un des membres présents, constate qu'en effet il ne s'y trouve aucun fait nouveau qui soit de nature à modifier ses décisions antérieures.*)

L'affaire de M. le Dr T., de N., contre une usine métallurgique couverte par une compagnie d'assurance-accidents, vient de donner lieu à un jugement du tribunal de Ch. dont nous ne nous expliquons guère le sens et la teneur. Si vous partagez notre avis, nous allons demander que la communication du dossier soit faite à notre Conseil judiciaire. (*Adopté*).

M. le Dr V., de S., a obtenu satisfaction, après nos indications, dans diverses questions de responsabilité et de recouvrement d'honoraires.

Nous attendons de la Cour de cassation, dans l'affaire du Dr V., de N., contre le maire de la ville, un arrêt qui nous cause une impression plus favorable que celui rendu à propos de l'Union médico-pharmaceutique de Lille : mais nous ne savons pas à quelle époque il pourra être rendu.

M. le Dr V., de P., n'en aura complètement fini avec la Société de secours mutuels qui l'a remercié que quand il aura obtenu le règlement d'un reliquat de compte qui lui paraît bien dû. Avis vient de lui être envoyé à ce sujet.

Nous recevons à l'instant de M. le Dr F. tout un dossier relatif à la campagne que l'on mène contre les revendications si justes de la Société des médecins sanitaires maritimes. Mais nous avons le regret de constater que le délai de pourvoi est écoulé, ce qui paralyse d'avance toute notre bonne volonté combattive.

Pourrons-nous faire quelque chose ? Et quoi ? Votre Commission ne peut rien vous proposer sans avoir pris des avis très autorisés et vous demande quelque crédit de temps.

Passons, Messieurs, sans nous y arrêter, sur une douzaine de petites affaires que vous avez pu connaître par la lecture du journal, car elles ont été solutionnées immédiatement.

Et constatons en terminant que des résultats importants ont été obtenus : 1° dans la question des honoraires au chirurgien d'hôpital par les efforts de M. Lande et des Syndicats qui ont entendu notre invitation de s'adresser aux commissions administratives ; 2° dans la lutte contre l'abus des poursuites en responsabilité médicale, où les tribunaux, dans des arrêts très récents, ont paru revenir à une juste appréciation des droits et devoirs de notre art ; 3° dans le développement de la discipline syndicale dont la nécessité a inspiré des études comme celle du Dr Billon, des actes comme ceux des Syndicats de Versailles et de l'Oise, et enfin un mouvement de résistance méthodique comme celui qui a formé la Fédération des Syndicats du Nord, et qui semble vouloir s'étendre à des groupes jusqu'ici très timorés.

Continuons donc de travailler avec ardeur, Messieurs. Notre besogne est bonne puisqu'on nous imite, comme vient de le faire le Syndicat de la Seine, en créant sa Caisse de défense sur des bases rationnelles, et après une étude approfondie dont notre collègue, M. de Grissac, a pris une grosse part.

Le Sou médical se voit déjà grand puisqu'il fait des enfants, et de beaux enfants. (*Applaudissements*).

M. le Président, après cet exposé, donne la parole à M. le Dr Rousseau, qui signale les actes d'exercice illégal d'un Secouriste devenu son concitoyen sans que l'utilité s'en fît sentir. Le Conseil décide que ce fait sera signalé à la Société des Secouristes et charge M. le Dr H. Cézilly des démarches à faire pour arriver à une solution favorable.

La séance est levée à sept heures.

Le secrétaire des séances,
Dr H. Mignon.

Association Amicale

Réunion du 27 mars 1902.

La séance est ouverte à 3 heures du soir sous la présidence de M. le Dr Maurat.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, H. Cézilly, Mignon.

M. le Dr Gassot expose la situation financière de l'Association, ainsi qu'il suit :

Situation financière au 27 mars 1902.

Avoir au 31 décembre 1901 :		
Portefeuille (au cours)		136.732 [illegible]
Espèces		11.389 [illegible]
Total		148.121 [illegible]
Recettes de 1902	38.925 99	37.462 [illegible]
Dépenses	1.463 60	
Total		185.583 81

Il est ensuite procédé au vote des indemnités ci-dessous :

Nos	Jours	Francs
1	3 mois 1/2 B	150
11	3 mois B	300
25	54 jours	540
26	2 jours	20
40	3 jours	30
72	36 jours	360
80	3 mois	300
82	37 jours (chronicité)	123 20
97	12 jours	120
150	3 mois	300
154	18 jours	180
175	11 jours	110
177	4 jours	40
222	40 jours	400
229	5 jours	50
230	15 jours	150
238	3 mois	300

268	90 jours (dont 86 chronicité).....	326 50
273	14 jours........................	140
358	3 mois........................	300
362	3 mois........................	300
412	31 jours........................	310
413	60 jours........................	600
	plus 57 jours (chronicité).......	189 80
422	3 jours........................	30
436	50 jours (dont 5 chronicité)......	466 65
456	26 jours........................	260
462	19 jours........................	190
465	65 jours (dont 5 chronicité).....	616 65
477	8 jours........................	80
488	3 mois........................	300
492	29 jours........................	290
501	3 mois........................	300
508	9 jours........................	90
525	18 jours........................	180
545	19 jours........................	190
555	14 jours........................	140
559	5 jours........................	50
597	8 jours........................	80
612	30 jours........................	300
620	15 jours........................	150
622	2 jours........................	20
627	77 jours (dont 17 chronicité).....	656 50
638	7 jours........................	70
649	35 jours........................	350
652	6 jours........................	60
665	8 jours........................	80
688	45 jours........................	450
758	11 jours........................	110
Totaux :	1820 jours..................	11.149 fr. 30

Le Conseil admet ensuite les membres suivants :

Combinaison A :

Mademoiselle Dr Roussel à Rouen (Seine-Inférieure) ;

MM. Duballen à Cambes (Gironde) ; Audic Joseph, à Guéméné-sur-Scorff (Morbihan) ; Goddard à Aix-les-Bains (Savoie) ; Cornu à Ervy (Aube) ; Mariani à Toury (Eure-et-Loir) ; Mesnard à Château-Gonthier (Mayenne) ; Willemetz à Montigny-en-Gohelle (Pas-de-Calais) ; David à Limoges (Haute-Vienne) ; Roques à Barjac (Gard) ; Legoff à Lorient (Morbihan) ; Golaz à Bernis (Gard) ; Gros à Auxon (Aube) ; Mathieu à Morienval (Oise) ; Olmer (Marseille).

Combinaison demi-A :

M. Mohammed, à Saint-Denis-de-Gastine (Mayenne).

Combinaison B :

MM. Gobert à Avize (Marne) ; Noël à Paris ; Becigneul à Nantes (Loire-Inférieure) ; Pillière à Charleville (Ardennes) ; Degrenne à Rouen (Seine-Inférieure) ; Girodolle à Objat (Corrèze) ; Vallais à Granville (Manche) ; Monestié à Albi (Tarn) ; Toussaint à Albert (Somme) ; Lemoine, à Château-Chinon (Nièvre) ; Galand à Cayeux-sur-Mer (Somme) ; Bécourt, à Lille (Nord) ; Watelet, à Paris ; Laugier, à Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes) ; Fabre, à Commentry (Allier) ; Henne (à Paris) ; Courtin, à Bordeaux (Gironde) ;

Combinaison demi-B :

M. Hotellier, à Bellegarde-sur-Valserine (Ain).

M. Bastide, de Clermont-Ferrand, est autorisé à passer à la combinaison B.

Le Président informe ensuite le Conseil qu'après pourparlers avec le Conseil de l'Association générale, les numéros 39 et 762 seront définitivement admis d'office à la Société centrale, dès qu'ils en auront adressé la demande à M. le Dr Bucquoy, 81, rue de l'Université.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le Secrétaire-adjoint,
H. Mignon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections de sérum contre les névralgies et névrites.

M. le Dr *Bernard*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement des névralgies sciatiques, lombaires, scapulaires, faciales, etc., par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

La solution la plus avantageusement employée répond à la formule :

Chlorure de sodium.........	5	grammes.
Sulfate de soude...........	10	—
Eau distillée..............	1000	—

La seringue étant chargée de la solution maintenue à la température de la chambre, on injecte sous la peau ou dans les masses musculaires 5 centimètres cubes au niveau de chacun des points douloureux, en pratiquant six injections au maximum par séance quotidienne. La névralgie cède généralement après trois ou quatre séances, l'absence de réaction locale et de douleur fait de ces injections une méthode de choix, même dans les cas de névralgies rebelles et invétérées.

Il convient d'ajouter que souvent les simples injections de glycérophosphates et même de protoxyde d'hydrogène suffisent pour calmer les névralgies chez certaines personnes.

Espérons que le sérum a une efficacité moins éphémère et plus fréquente que ces dernières substances.

Rachitisme et allaitement artificiel.

M. le Dr *Variot* étudie, dans un récent article de la *Tribune Médicale*, les rapports du rachitisme et de l'allaitement artificiel et il montre preuves à l'appui que le rachitisme ne provient pas de l'allaitement artificiel, ni du lait stérilisé, mais du sevrage prématuré et de l'alimentation trop précoce.

« Médecins et chirurgiens, dit-il, en présence d'un grand rachitique avec déformation des leviers osseux, tuméfaction des épiphyses, etc., ne manquent guère de dire : « C'est un enfant élevé au biberon » ; et, dans la grande majorité des cas, cette présomption répond à la réalité. On se contente généralement de cette seule information donnée par les mères, et l'on incrimine l'allaitement artificiel, sans rechercher avec quel lait l'enfant a été nourri, comment il était réglé, s'il était ou non suralimenté, s'il a reçu prématurément des mixtures fermentescibles ou amylacées, des panades, etc. Et cependant, nous savons tous que les nourrissons au biberon, dans la classe populaire, reçoivent beaucoup plus tôt des bouillies que les enfants au sein, et que l'on surmène leurs fonctions digestives d'autant plus qu'ils assimilent moins, qu'ils croissent moins vite par conséquent. Le préjugé grossier qui consiste à croire que si les nourrissons ne viennent

pas, c'est que le lait n'est pas un aliment assez fort, est extrêmement répandu ; d'où l'usage si commun des bouillies féculentes, des soupes que l'on substitue trop tôt au lait. Telle est l'origine habituelle des dyspepsies infantiles, qui aboutissent à l'atrophie et qui troublent le processus d'ossification pour engendrer le rachitisme.

Pour peu que l'on réfléchisse à cette question, on reconnaît que les facteurs alimentaires du rachitisme sont multiples, et qu'il faut les analyser exactement pour formuler une opinion rigoureuse, conforme à nos méthodes récentes d'observation pour tout ce qui touche à l'allaitement.

Après enquête minutieuse dans les crèches et au Dispensaire de Belleville, M. Variot croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° L'allaitement artificiel exclusif au lait stérilisé, même commencé dès la naissance chez des enfants normaux, ne détermine pas le rachitisme pourvu que toutes les règles pour éviter la suralimentation soient strictement observées. Ces conditions sont plus souvent réalisées dans la classe aisée ;

2° Dans les « Gouttes de lait », c'est-à-dire chez les enfants de la population pauvre des faubourgs de Paris, on ne rencontre jamais de rachitiques ayant de grandes déformations du squelette, à moins qu'ils n'aient été apportés tardivement, à l'âge de six mois, un an et plus ;

3° Les nourrissons élevés dans les « Gouttes de Lait » par des mères soigneuses et dociles, ne sont pas plus rachitiques que ceux de la classe aisée ;

4° Il n'est pas rare de relever des vestiges de rachitisme chez les enfants du peuple nourris au lait stérilisé ; mais presque toujours, dans ces cas, il y a eu des fautes commises par les mères; très habituellement, malgré nos recommandations, on donne des quantités excessives de lait, il y a suralimentation, ou bien la mère administre des bouillies ou des panades dès les premiers mois.

Autant l'allaitement au sein est chose simple, et échappant pour ainsi dire à toute réglementation dans l'immense majorité des cas, autant l'allaitement artificiel exige de soins, de précautions et, disons plus, de connaissances précises. C'est une erreur de presque toutes les mères de croire qu'il suffit d'avoir du lait et un biberon pour nourrir leur enfant quand elles ne peuvent donner le sein. Elles remplissent le biberon et laissent boire le nourrisson à volonté ; quand il crie, le jour, la nuit, on donne la bouteille, et l'on détermine ainsi les troubles dyspeptiques habituels de la suralimentation, vomissements, diarrhée, etc. Pour l'allaitement, comme pour toute autre chose, il est difficile de copier la nature, et, Guéniot l'a dit il y a longtemps, c'est tout un art d'élever les enfants au biberon.

Il faut savoir choisir la bouteille et la tétine, les aseptiser, veiller à ce que les trous et la tétine soient fins pour que le lait ne coule pas trop vite dans la bouche ; il faut employer du lait stérilisé de bonne qualité, tout au moins à Paris ; il faut graduer les tétées suivant les variations de la capacité physiologique de l'estomac aux divers âges ; il faut espacer convenablement les prises de lait, régler l'enfant la nuit, il faut éviter les coupages avec les mixtures fermentescibles malsaines...

Avec ces multiples précautions, le rachitisme ne se développe pas. D'ailleurs, une preuve indirecte que le lait n'est pas le facteur principal dans la genèse du rachitisme me paraît résulter de ce fait bien connu, à savoir que les modifications rachitiques du thorax, le chapelet costal, les tuméfactions légères des épiphyses, etc., ont leur maximum de fréquence au cours de la deuxième année, c'est-à-dire à l'époque du sevrage, alors que l'on substitue les soupes et les bouillies au lait fourni par la mère, ou donné à la bouteille. A ce moment, on met les enfants à la table commune, on ne sait pas résister à leurs caprices, et, dans le peuple, les mères croient que lorsque le lait fait défaut, les enfants doivent manger comme tout le monde. Le sevrage n'est pas considéré comme une période durant laquelle le lait de vache doit être substitué au lait de la mère, et les aliments plus solides doivent être ajoutés progressivement et avec prudence. La plupart des femmes qui ont allaité au sein n'aiment pas à donner d'autre lait que le leur et passent sans transition à l'alimentation ordinaire, d'où la fréquence du rachitisme de sevrage.

En résumé, on peut affirmer qu'en dehors de l'allaitement maternel que rien ne saurait remplacer, l'emploi du lait stérilisé nous donne une sécurité presque égale à la nourrice mercenaire. En principe, le lait de femme est incontestablement supérieur à celui des animaux, mais dans la pratique, quand la mère est incapable d'allaiter, il y a tant d'*aleas*, soit que la nourrice perde son lait ou qu'elle devienne malade, soit qu'elle ait une mauvaise conduite et qu'on soit obligé de la chasser, etc..., que je conseille volontiers l'allaitement artificiel pour un enfant normal à la naissance. Je réserve la nourrice comme une dernière ressource, au cas où l'enfant viendrait à ne pas prospérer.

Traitement de l'acné.

D'après M. le Dr *Leredde*, dans la *Gaz. de Hôp.*, au point de vue pratique, on peut distinguer entre les acnés superficielles, et les acnés profondes. Dans les premières, le traitement devra être combiné de manière à gêner peu le malade ; à cet effet les lotions biquotidiennes sont extrêmement utiles. Si la peau du malade est tolérante, on pourra faire une fois par semaine une application énergique, par exemple un badigeonnage avec la lotion soufrée et additionnée d'alcool camphré ou de carbonate de potasse.

Toutes les fois qu'on aura affaire à une acné profonde, on devra déclarer au malade qu'il ne peut guérir sans un traitement énergique. Plus celui-ci sera énergique, plus la guérison sera rapide, et pour la plupart des malades, il vaudra mieux avoir recours au traitement le plus brutal, c'est-à-dire à l'exfoliation. Ses dangers sont nuls lorque le traitement est surveillé.

Les cas les plus difficiles à traiter ne sont pas ceux d'acné profonde, car celle-ci ne s'observe guère que chez des malades dont la peau est résistante et peut parfaitement supporter le traitement le plus énergique, mais des cas d'acné de moyenne intensité, étendue, chez des sujets dont la peau est fine, chez lesquels l'état séborrhéique est modéré, presque toujours des jeunes filles ou des jeunes femmes.

Dans ce cas, l'expérience du médecin jouera un rôle essentiel, il devra souvent faire, s'il veut réellement guérir le malade, un traitement assez actif, par le soufre et les kératolytiques, mais de préférence des applications assez éloignées les unes des autres pour que l'irritation produite un jour ne s'ajoute pas à celle de la veille. Dans l'intervalle des applications, on fera usage de tous les agents destinés à décongestionner la peau, des poudres (talc, lycopode, amidon), des pâtes de zinc lorsque l'irritation sera apparente Nous avons déjà donné la formule d'une pâte de zinc qui convient parfaitement dans ces cas :

Oxyde de zinc.............. ...	ãã
Amidon........................	
Huile de lin.....................	
Eau de chaux....................	

On pourra aussi faire des applications de préparations plus fortes pendant quelques heures seulement, mais chercher la guérison au moyen de préparations qui n'agissent qu'en surface, c'est imposer aux malades une peine inutile et un travail illusoire.

Acné du tronc. — L'acné du tronc est d'un traitement facile parce qu'on n'a pas à compter, sauf exception des plus rares, avec des réactions de la peau. La séborrhée sera attaquée par les bains sulfureux, précédés au besoin de frictions au savon noir, suivis d'applications de poudres, par les pâtes soufrées fortes dont nous avons donné des exemples, associées à l'acide salicylique :

Huile d'amandes douces...	15 grammes
Soufre précipité............	12 —
Acide salicylique...........	3 —

S'il existe des pustules et des nodules profonds, on fera systématiquement l'exfoliation. Les nodules persistants pourront être scarifiés; si les foyers de suppuration ne s'ouvrent pas, on emploiera le galvano-cautère pour les vider.

MÉDECINE PRATIQUE

Dyspepsies et dilatation de l'estomac.

Les différentes affections gastriques que l'on fait rentrer, depuis de longues années, dans le cadre nosologique des dyspepsies, sont bien souvent l'objet de tentatives de classifications ; mais la subtilité même des distinctions que l'on cherche à établir entre les diverses dyspepsies, chimiques, motrices, nerveuses, toxiques, réflexes, etc., montre bien l'inanité de ces efforts et l'insuffisance de nos connaissances sur ces questions.

Pendant longtemps, M. le professeur *Bouchard* attribuait toutes les affections gastriques et dyspeptiques à un état plus ou moins permanent de dilatation de l'estomac, et à des auto-intoxications secondaires. M. le professeur *Hayem* vit dans toutes les dyspepsies une manifestation de l'altération du chimisme stomacal (hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, excès ou insuffisance d'acide chlorhydrique libre ou combiné). M. le professeur *Robin* admit, outre les phénomènes chimiques, l'existence de troubles moteurs et sécrétoires, hyper et hyposthéniques, et établit la classification suivante, qui nous paraît encore la plus rationnelle, quoique évidemment trop compliquée :

1° *Dyspepsies prémonitoires ou alimentaires.*

- Par excès de liquide.
- Par excès de peptone.

2° *Dyspepsies hypersthéniques.*

AIGUES :

- Paroxystiques
  - Origine névrosique.
  - Origine nerveuse centrale.
- Transitoires ou intermittentes
  - Réflexe
    - Origine intestinale.
    - Origine lithiasique ou hépatique.
    - Des maladies générales.
  - Alimentaire......
    - Paroxystique.
    - Périodique.
  - Retardée.

PERMANENTES :

- Période d'état.
  - Simple avec hyperchlorhydrie ou gastro-succorrhée, distension stomacale par spasmes du pylore.
  - Avec retentissement secondaire sur les autres organes.
  - Avec fermentations secondaires.
  - Secondaire aux fermentations (Transitoire ou permanente).
- Période cachectique.
  - Par traitement mal compris.
  - Par sténose du pylore.

3° *Dyspepsies hyposthéniques.*

- Primitives......
  - Des déprimés.
  - Des chlorotiques.
  - Des nerveux.
  - Des reflux biliaires, etc.
- Secondaires...
  - Catarrhe gastrique.
  - Gastrite chronique.
  - Cancer de l'estomac.

4° *Perversions ou fermentations gastriques.*

- Primitives.....
  - Alimentaire, stase gastrique avec ou sans hypersthénie secondaire.
- Secondaires....
  - Des hypersthénies gastriques.
  - Des hyposthénies gastriques.

I

DYSPEPSIE ET DILATATION.

En réalité, les dyspepsies sont intimement liées à la dilatation de l'estomac et cette dilatation est un épiphénomène ou un paraphénomène des dyspepsies, en général. C'est parce qu'il y a dyspepsie que l'estomac se laisse dilater et reste gonflé de liquides et de gaz après les ébauches de digestion : c'est aussi, parce que les aliments mal digérés séjournent dans l'estomac que les manifestations dyspeptiques apparaissent. Ces deux phénomènes sont essentiellement connexes : ils ne peuvent être séparés.

Mais, ce qu'il faut bien reconnaître, c'est que l'un et l'autre ne constituent pas des entités morbides proprement dites, et sont seulement des symptômes de maladies diverses, aiguës ou chroniques.

Tout d'abord, on peut ranger dans les dys-

pepsies résultant d'un état aigu, les phénomènes saburraux produits par la fièvre, en général ; l'hyperthermie tarit la sécrétion pepsichlorhydrique des glandes gastriques. Les sécrétions ptomaïniques microbiennes de la dothiénentérie, de la pneumonie, de la variole, de la rougeole, du rhumatisme aigu, de la diphtérie, de la grippe, chargent le sérum sanguin de principes qui entravent les fonctions digestives : telle est l'origine de l'état gastrique des fièvres. C'est un état passager qui cesse de lui-même, après la guérison de l'affection aiguë qui lui a donné naisssance.

Viennent ensuite les dyspepsies produites par l'état local de l'estomac (état de la muqueuse d'une part ; état de la musculature d'autre part). Les unes sont aiguës et dépendent d'une gastrite plus ou moins intense, qui est elle-même provoquée par une ingestion immodérée ou trop précipitée d'aliments lourds, malsains ou excitants ou de boissons alcooliques quelconques : telles sont les dyspepsies aiguës passagères des lendemains de festins ou de soupers fins. Les autres sont chroniques et proviennent d'une gastrique chronique, d'un spasme pylorique, d'un ulcère ou d'un néoplasme stomacal.

Nous rangerons dans les dyspepsies chroniques provenant d'une gastrite : 1° les *dyspepsies alcooliques* ou *gastriques alcooliques* des gens du monde, des raffinés qui ne boivent que de l'exquis ; gastrites alcooliques des pères et mères de famille rangés, qui se croient sobres en buvant une bouteille de vin par repas ou qui ne baptisent jamais leur vin ; gastrites alcooliques des ouvriers réputés sobres, qui absorbent un litre de vin pur à chaque repas ; gastrites alcooliques des enfants, des demoiselles, des dames qui prennent des élixirs ou des vins fortifiants contre l'anémie ; enfin gastrites alcooliques des intempérants et des ivrognes ;

2° *Les dyspepsies toxiques* ou gastrites toxiques provoquées par l'usage des apéritifs : vermouths madères, bitters, quinquinas, absinthes ;

3° *Les dyspepsies des fumeurs* provenant des ingestions répétées de nicotine dissoute dans la salive et souvent aussi des liqueurs absorbées concomitamment ;

4° *Les dyspepsies par excès d'aliments*, par boulimie ou par gloutonnerie, sortes d'embarras gastriques permanents ;

5° *Les dyspepsies par insuffisance de mastication* ou d'insalivation, que l'on rencontre chez les personnes édentées ou tout au moins ayant une mauvaise dentition et les gens trop pressés qui ne prennent pas le temps de mastiquer ;

6° *Les dyspepsies des intellectuels et des travailleurs de bureaux* qui ne prennent pas le temps de digérer et se mettent au travail cérébral ou simplement au travail d'écriture immédiatement après les repas ;

7° *Les dyspepsies des médecins, des commerçants, des domestiques* et, en général, de toutes les personnes qui sont fréquemment interrompues dans le cours de leurs repas ou qui ne peuvent prendre leurs repas à des heures régulières ;

8° *Les dyspepsies des personnes atteintes d'une sécrétion plus ou moins abondante des voies respiratoires* et qui, involontairement, déglutissent les mucosités et le muco-pus toxi-bactérien des fosses nasales, de la gorge, de la trachée et des bronches (rhumes, laryngites, bronchites simples et tuberculeuses) ;

9° *Les dyspepsies dues aux médicaments* (potions, sirops, poudres, pains azymes, pilules, créosote, opium, alcaloïdes, térébenthine, vins, élixirs, huiles, glycérine) et aux excès de *purgations* (pilules, eaux purgatives, poudres) chez les constipés et les maniaques ;

10° *Les dyspepsies des petites maîtresses* et des enfants gâtés, trop grands amateurs de pâtisseries, de confiseries, de sucreries, de sirops ou de champagne, qui grignottent continuellement quelque chose et qui ne laissent jamais leur estomac complètement tranquille, le harcelant d'une nouvelle fantaisie toutes les heures ;

11° *Les dyspepsies par excès d'eau*, par boissons aqueuses trop copieuses et trop répétées. Nous les mettons les dernières, parce que ce sont les plus rares. Elles affectent surtout la forme d'accès aigus, très tenaces, de dilatation de l'estomac avec glouglou, clapotage sus-ombilical, ballonnement, tension abdominale et régurgitations aqueuses ;

12° A côté de ces *dyspepsies par noyade*, par excès de dilution du suc gastrique et excès de tension intra-abdominale, nous placerons les dyspepsies par excès d'épices, de condiments, de poivre, de moutarde, de vinaigre, de fruits acides et d'eaux gazeuses carboniques.

En réalité toute cette énumération comprend les dyspepsies par gastrite plus ou moins légère.

Viennent ensuite les dyspepsies par spasme habituel du pylore, qui sont des dyspepsies par rétention et stagnation des aliments imprégnés de suc gastrique et s'accompagnent de crises de dilatation gastrique.

Enfin, nous arrivons aux dyspepsies intimement liées à l'ulcère et au cancer de l'estomac L'importance des lésions produites par ces deux affections explique suffisamment la cause de l'altération du chimisme stomacal.

Nous venons de passer en revue les dyspepsies dues à une altération de la muqueuse stomacale, il nous faut maintenant envisager les dyspepsies engendrées par un trouble de la musculature et de l'innervation.

Les aliments qui sont ingérés sous un trop gros volume et qui arrivent à l'estomac insuffisamment insalivés provoquent un surmenage de la tunique musculaire pour en assurer le pétrissage et le brassage. Le renouvellement de ce surmenage amène la distension et la laxité des musculeuses gastriques, c'est-à-dire, en somme, la dilatation de l'estomac.

Les causes nerveuses (émotions, frayeurs, inquiétudes) et toutes les circonstances extérieures qui provoquent un arrêt brusque ou simplement momentané des contractions des musculeuses gastriques au cours de la digestion, sont, lorsqu'elles se renouvellent fréquemment, des sources importantes de dyspepsie.

Les grands chagrins, les excès de fatigue, les excès génitaux, l'onanisme, la masturbation, le varicocèle, les hémorrhoïdes, les affections anales (abcès, fistules, fissures), la lithiase hépatique sont aussi des facteurs importants de dyspepsie nerveuse réflexe.

La marche des dyspepsies a ceci de particulier qu'elle est très capricieuse, et sujette à des accalmies trompeuses ; en réalité, cette marche est chronique, et, de simples, les dyspepsies finis-

sent toujours, si elles sont négligées, par devenir acides, douloureuses, gastralgiques, puis flatulentes, accompagnées de régurgitations et de gaz intestinaux sulfhydriques, de vomissements, d'amaigrissement et de cachexie. Elles s'entretiennent d'ailleurs et s'aggravent par un cercle vicieux : le dyspeptique essaie de se faire digérer par des moyens nuisibles : de plus, il devient hypochondriaque, solitaire, chagrin, constipé, lithiasique, hémorrhoïdaire, parfois onaniste et aggrave ainsi de lui-même sa dyspepsie gastrique d'une dyspepsie nerveuse.

II

Traitement rationnel des dyspepsies et des dilatations stomacales

Il n'est pas d'affections qui aient été plus irrationnellement soignées que les dyspepsies. Chacun ayant voulu déduire le traitement de sa théorie systématique, on est arrivé à des résultats fantastiques : les uns ont mis leurs malades au régime sec avec absence presque absolue de boissons pendant les repas ; ils ont abouti à une inflammation gastrique aiguë et à un état nerveux fort pénible : les autres ont donné les alcalins sans mesure, d'autres, les acides à haute dose parce que, soi-disant, il y avait de l'hypéracidité ou de l'hypoacidité gastrique ; les cachets, les poudres, les ferments animaux et végétaux, les gouttes et les élixirs furent distribués à profusion sans grand profit pour les malheureux dyspeptiques.

Nous ne sommes pas partisans des repas d'épreuve et des extractions de suc gastrique, pour analyser le degré d'acidité du chyme stomacal. Ce sont des opérations de laboratoire inaccessibles à la pratique ordinaire et anticliniques.

Le degré d'acidité ou d'alcalinité du contenu gastrique importe peu dans la question. Il faut surtout savoir trouver exactement la cause de la dyspepsie.

Telle est, en fait, la principale difficulté du diagnostic des dyspepsies.

Pour faire le diagnostic exact et des causes et des origines de la dyspepsie, il faut tenir compte d'abord *du sexe* du malade ; chez les femmes, les 4/5 des dyspepsies sont d'origine génitale (utérine ou ovarienne), chez les jeunes filles, c'est le plus souvent, du côté des ovaires (chlorose, ovarite, dysménorrhée) qu'il faut porter son attention ; chez les femmes, la dyspepsie est liée à une affection utérine (ulcération et métrite cervicale), périutérine (salpingite, périmétrite) ou ovarique et périovarique (périovarite, adhérences voisines). N'omettez pas l'examen de ces régions chez toutes les dyspepsiques et vous trouverez la vraie cause de la maladie à manifestation gastrique : d'ailleurs, n'est-ce pas un préjugé chez les femmes, que les « flueurs blanches tirent l'estomac ». Il y a du vrai, mais ce ne sont les flueurs blanches qui sont en cause, c'est un réflexe utéro-gastrique. Traitez le ventre et l'estomac sera guéri sans cachets, sans eau minérale, sans acide chlorhydrique, sans régime sec. Au contraire, chez l'homme, interrogez plutôt le régime alimentaire, les habitudes alcooliques, tabagiques et quelquefois les mœurs génitales (excès vénériens, pertes et pollutions nocturnes, onanisme). D'ailleurs chez l'homme comme chez la femme, il faut analyser non point le suc gastrique, mais l'hygiène alimentaire, l'état des mâchoires, le temps et la durée des repas, les habitudes avant et après les dîners et les soupers, la longueur des digestions, l'état des défécations, la consistance habituelle des fèces, l'aspect des urines, les éructations, les vomissements s'il s'en produit, leur odeur ou leur saveur, enfin, la manière dont se passent les nuits et le sommeil en général, les cauchemars, sursauts, hallucinations, tremblements, sueurs, etc.

Cet interrogatoire terminé, il faut questionner le malade sur ses aliments, sur leur mode de préparations, sur la quantité d'épices qu'il emploie, sur les eaux gazeuses qu'il ingère, etc.

Enfin, un examen général de l'état mental, du fonctionnement cérébral intellectuel, des organes des sens, du cœur, des poumons et des gros vaisseaux doit être minutieusement pratiqué pour vérifier l'hystérie, l'hypochondrie, l'anémie, la tuberculose, les endocardites, myocardites, artérites et artério-scléroses possibles.

L'abdomen sera soigneusement exploré : foie, reins, gros intestin, organes génitaux, anus (varicocèle, hémorrhoïdes, fissures, etc.)

Quand on aura fixé son opinon sur la vraie nature de la dyspepsie, on pourra seulement alors instituer un traitement rationnel.

En attendant que l'on soit fixé il faut appliquer le « *primum non nocere* » et prescrire quelques gouttes de baume, du charbon de Belloc, de l'eau alcaline provisoirement.

Une fois le diagnostic établi, prescrivez surtout le massage, l'hydrothérapie et l'hygiène alimentaire bien comprise : heures des repas fixes, durée minima d'une demi-heure, quantité modérée d'aliments, quantité normale de boissons, diminution et ration physiologique des aliments excitants, exercice suffisant avant les repas, repos après les repas, répartition proportionnee des aliments carnés et végétaux, des aliments d'épargne et de calorification, fonctionnement régulier des défécations et absence d'excès de tout genre.

Dr Paul Huguenin.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Quelques considérations thérapeutiques sur les lésions traumatiques de l'abdomen.

Le traitement des *lésions ouvertes* de l'abdomen, c'est-à-dire de celles qui sont compliquées d'une plaie extérieure, a été, durant ces dernières années, étudié d'une façon particulièrement suivie ; et actuellement, on préconise d'un commun accord l'intervention chirurgicale hâtive pour les cas douteux. Mieux vaut élargir le trajet d'une plaie, en incisant les parties molles, même si on s'aperçoit ultérieurement que le péritoine est intact, que d'attendre pour opérer, les signes d'une hémorrhagie grave, ou d'une infection péritonéale ; il est alors quelquefois trop tard.

Aujourd'hui, nombreux sont les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, dans lesquels une laparotomie pratiquée à temps a pu éviter les grands dangers d'une hémorrhagie ou de quelque plaie intestinale. Malgré les données les plus récentes de la chirurgie de guerre, plutôt favorables à la méthode d'expectation, tout le

monde est d'avis qu'il faut opérer aussi rapidement que possible une lésion pénétrante de l'abdomen, par instrument piquant ou par coup de feu, et en général toutes les blessures ouvertes de l'abdomen, afin d'éviter non seulement l'hémorrhagie ou la péritonite mortelle, mais encore les complications tardives, telles que les sténoses cicatricielles, les péritonites secondaires, les abcès et les fistules stercorales. Très souvent les coups de feu graves de l'abdomen, par des projectiles de petit calibre, peuvent guérir, sans intervention, même après des abcès ou des fistules, en particulier par l'accolement des parois de la perforation intestinale, mais cette pratique expectative des champs de bataille n'est justifiée que par le manque des conditions hygiéniques et antiseptiques nécessaires à une opération hâtive. En temps de paix, il ne faut pas hésiter à intervenir aussitôt. Le doute ne peut exister que dans les cas compliqués, dans lesquels la lésion intrapéritonéale n'apparaît pas tout d'abord, quand, par exemple, le projectile a perforé à la fois les cavités thoracique et abdominale, et que les symptômes pleuraux, pulmonaires, péricardiques, dominent la scène.

Bien plus difficiles à saisir sont encore les indications opératoires dans les cas de *lésions fermées* de l'abdomen, de celles produites en particulier par les corps contondants. En effet, les premiers symptômes qu'on observe après l'accident sont quelquefois, mais à tort, imputés au shok, alors qu'ils sont les signes d'une hémorrhagie ou d'une péritonite au début, ou inversement ; inutile de dire combien il est alors regrettable d'opérer dans ce dernier cas, combien aussi une opération hâtive augmente les chances du succès, lorsqu'elle est pratiquée à propos. Cependant, il est très délicat d'établir par avance une ligne de conduite à suivre dans tels ou tels cas, étant donné que les blessés se présentent dans des conditions si variées et si dissemblables.

Il existe cependant quelques signes cardinaux susceptibles de guider le chirurgien ; le vomissement bilieux, survenant même trois heures après l'accident, indiquerait une lésion intestinale ; jamais, dans la contusion simple de l'abdomen, il ne serait rendu de bile d'après Trendelenburg et Augerer.

Un autre signe, moins certain que le précédent, permettrait d'après certains auteurs de reconnaître une lésion intrapéritonéale : le malade présenterait une légère tension de la paroi abdominale. Il faut dire néanmoins que celle-ci peut être due quelquefois à la simple douleur réveillée par un examen du ventre.

On pourrait aussi baser son jugement sur la présence d'un léger tympanisme, occasionné par une parésie des parois intestinales, si toutefois le malade n'avait pas absorbé d'opium auparavant. Ce signe indiquerait d'après les uns une contusion du tube digestif, d'après les autres, et cela avec plus de vraisemblance, une péritonite au début, la laparotomie serait donc indiquée en pareil cas.

Aucune valeur ne peut être accordée à la rétention d'urine, qui peut apparaître indépendamment d'une complication. La persistance de la matité hépatique n'élimine pas non plus la possibilité d'une lésion intrapéritonéale.

D'une façon générale, ce sont les hémorrhagies internes graves qu'on décèle le plus aisément, qu'elles accompagnent ou non les lésions du tractus intestinal. Le pouls faiblit brusquement, l'anémie fait des progrès rapides, et souvent la percussion fait découvrir dans l'abdomen une poche de sang extravasé. Malheureusement, en pareils cas, une opération hâtive peut quelquefois demeurer inefficace ; mais cela tient aux lésions étendues que présentent les organes, foie, rate, reins, et à la grande quantité de sang qui s'est échappée des gros vaisseaux, et même des vaisseaux mésentériques.

Les lésions du foie sont les plus dangereuses ; car si les hémorrhagies de la rate ou d'un rein peuvent être arrêtées, fût-ce par l'extirpation de l'organe, il n'en est pas toujours de même pour le foie ; souvent le malade meurt, avant qu'on ait pu intervenir.

D'après Lexer (*Berl. klin. Woch.*, 1901, n° 49), il faut toujours, dans les hémorrhagies dues à des lésions traumatiques de la rate, lier les gros vaisseaux qui donnent, et pratiquer un tamponnement à la gaze iodoformée ; ce procédé est meilleur et plus sûr qu'une suture difficile. En outre, le tamponnement fait drainage et évacue les liquides de la plaie ; il évite aussi l'infection possible de l'intestin par les voies biliaires ou par la veine-porte.

Les quelques cas de contusions graves de l'abdomen dans lesquels la méthode conservatrice peut, dans les premiers temps du moins, sauver la vie, restent cependant exposés à certains accidents, parfois même mortels ; cela est vrai surtout pour les lésions du tube digestif.

Il peut se produire une péritonite consécutive à une perforation secondaire, soit que les parois, d'abord accolées, de la plaie intestinale, se désunissent dans la suite, soit qu'il y ait nécrose tardive d'une anse violemment contusionnée.

Quelquefois on voit encore, dans le voisinage du point meurtri, évoluer des abcès secondaires qui entraînent une péritonite mortelle, ou une fistule stercorale.

Ensuite on observe aussi la sténose pylorique, ou l'ileus chronique, qui produisent des brides cicatricielles développées au niveau des lésions stomacale ou intestinale.

Enfin des kystes sanguins; hématomes enkystés intrapéritonéaux ou mésentériques peuvent encore être la conséquence des traumatismes violents de l'abdomen.

Tous ces faits militent en faveur d'une opération hâtive, pratiquée dès que certains signes, présentés par le blessé, peuvent faire redouter une lésion importante de quelque organe, ou le début d'une infection intrapéritonéale.

L'analyse des urines faite par le médecin praticien.

Tout le monde sait quelle est l'importance actuelle des recherches chimiques faites sur les sécrétions et sur les excrétions de l'organisme humain. Souvent l'analyse chimique vient confirmer les résultats de l'examen clinique, souvent aussi elle permet de connaître plus à fond et d'une façon plus exacte les affections présentées par les malades. Aujourd'hui il n'est plus de médecin qui ne puisse méconnaître la valeur de ces données ; la chimie clinique peut

être de nos jours pratiquée par tous au moyen de méthodes très simples et excellentes.

La pratique journalière se base sur l'analyse des urines, du contenu gastrique et des fèces : — Tout d'abord l'urine, expression quantitative et qualitative des échanges nutritifs de l'organisme, donne aussi les meilleurs renseignements sur les fonctions uropoiétique et circulatoire. Le contenu intestinal et les selles ensuite traduisent l'état du tube digestif.

Pour examiner les urines, et obtenir des résultats exacts, il est nécessaire de prélever des échantillons sur l'émission des 24 heures, qui est en moyenne de 1500 à 2000 centimètres cubes, variable toutefois avec la quantité de liquides ingérée, avec l'abondance de la transpiration. Quelques phénomènes pathologiques sont aussi capables de diminuer le flux urinaire, ou même de produire l'anurie : ce sont les diarrhées profuses, les exsudats, qui peuvent siéger dans les différentes parties de l'organisme, l'hyperthermie.

L'oligurie est produite par toutes les affections qui déterminent une diminution de pression au niveau du filtre rénal, telles par exemple un affaiblissement de l'énergie cardiaque, ou quelque trouble vasculaire local ou général changeant le régime circulatoire du rein. Dans cette catégorie se rangent la lithiase rénale, la colique de plomb, etc. On observe également l'oligurie, quand des exsudats du parenchyme rénal altèrent la pression qui s'exerce dans les glomérules ; c'est le cas de la glomérulonéphrite de quelques maladies infectieuses (scarlatine). Charcot a décrit en 1872 l'oligurie hystérique, due à l'ischémie rénale, produite par un angiospasme des vaisseaux.

La polyurie s'observe dans deux circonstances différentes ; quand l'élimination de l'eau au niveau du glomérule est augmentée, ou quand sa résorption à travers les canalicules urinaires est diminuée. A la première se rattache la polyurie par élévation de la pression sanguine, par excitation des nerfs vasodilatateurs, ou par inhibition des nerfs vasoconstricteurs. L'augmentation de la sécrétion urinaire par altération des cellules rénales est due à la seconde cause.

Certaines substances diurétiques, en circulation dans le sang, peuvent aussi accroître l'élimination aqueuse du glomérule : ce sont le sucre, la lactose (polyurie observée dans les cures de lait), les phosphates.

Au point de vue diagnostique, on distingue les polyuries transitoires, et les polyuries permanentes.

Les premières sont celles qui se produisent sous l'influence du froid, des émotions psychiques, des crises d'hystérie, celles également, qui, d'un pronostic favorable, s'observent avec les œdèmes, les exsudats, ou encore précèdent de quelques jours la défervescence dans les maladies infectieuses. Au contraire, le diabète insipide ou sucré, certaines affections nerveuses centrales ou périphériques (traumatismes crâniens, lésions du quatrième ventricule), occasionnent la polyurie permanente.

D'une façon générale, la couleur de l'urine est jaune doré. Elle s'éclaircit naturellement quand il y a polyurie, dans le diabète par exemple. D'autre part elle devient aussi plus claire dans l'anémie, étant donné que la matière colorante est un dérivé de l'hémoglobine. Toutefois l'anémie pernicieuse fait exception à cette règle, car dans cette maladie l'urine est foncée. Quand il y a élimination d'urates ou d'acide urique, la couleur de l'urine s'assombrit aussi. Enfin la bile, le sang et certains médicaments, tels que la rhubarbe, la santonine, lui donnent un aspect qui varie du rouge-verdâtre au rouge-foncé.

Enfin le bleu de méthylène, s'éliminant par la voie rénale, donne aux urines une teinte verdâtre ou bleuâtre. Achard et Castaigne se sont même servi du mode d'élimination de cette substance pour vérifier l'intégrité de la fonction rénale. Dans ce but, ils injectent sous la peau, ou dans le muscle 0,05 centigrammes de bleu de méthylène chimiquement pur ; celui-ci passe dans l'urine au bout de 15 à 20 minutes chez une personne saine. Quand le rein est malade l'élimination peut ne débuter que plusieurs heures après l'injection. Normalement, celle-ci dure de 35 à 60 heures ; à l'état pathologique, elle persiste souvent pendant plusieurs jours. Cette élimination peut être cyclique, policyclique ou discontinue ; en pareil cas, elle serait, d'après Chauffard et Castaigne, caractéristique de l'insuffisance hépatique. Quand le bleu de méthylène apparaît très rapidement dans l'urine, Bard diagnostique une néphrite parenchymateuse ; mais cette affection peut aussi se traduire par l'apparition retardée d'abord, prolongée ensuite, du bleu urinaire. Les auteurs allemands ont également obtenu de bons résultats en faisant ingérer le médicament aux malades.

L'urine normale, de réaction acide, est claire. Elle se trouble quelquefois quand le froid y précipite de l'acide urique ou des urates ; le dépôt peut être dû en outre à la fermentation de l'urine, et à la présence de phosphate de soude ; le trouble d'une urine n'est donc pas en rapport direct avec sa contenance en urates.

L'urine peut être émise trouble, quand elle est alcaline et que son alcalinité est due à des phosphates ; quand au contraire celle-ci est due à l'ingestion de bicarbonate de soude, la miction reste claire. Lorsqu'il y a émission de pus, il est très interessant au point de vue diagnostique, de noter le moment de la miction auquel la purulence apparaît.

Si l'urine possède une odeur d'hydrogène sulfureux, c'est que ce gaz s'est développé sous des influences bactériennes dans la vessie, ou qu'il a été résorbé par la voie intestinale. Ce corps est également décelable par une réaction chimique : un papier-filtre, imbibé d'une solution plombique, et placé au-dessus de l'urine, devient brun ou noir.

Il existe un rapport étroit entre le poids spécifique de l'urine et sa contenance en éléments fixes. Pour mesurer le poids spécifique, on se sert de l'uromètre ; si la quantité d'urines que l'on possède est insuffisante pour se servir de cet appareil, il suffit d'augmenter le volume de l'urine avec 2-3 4 parties d'eau, et ensuite de multiplier le résultat obtenu par 2-3 ou 4. Dans la néphrite on trouve fréquemment la quantité d'urines augmentée et sa densité diminuée. Quand il y a glycosurie, la densité et la quantité d'urines émises augmentent d'une façon parallèle. Néanmoins la présence du sucre peut coïncider avec une densité normale, ou inférieure à

la normale. Si on multiplie par le facteur 2,33 de Haeser, les deux derniers chiffres de la densité de l'urine, on obtient sa contenance de matières fixes pour un litre.

Normalement, l'urine possède donc une réaction acide. Une réaction alcaline demande toujours à être élucidée. Celle-ci peut se produire quand l'urine est recueillie dans des vases malpropres, ou bien à une température élevée, enfin, elle peut être due à la fermentation de l'urée, d'où la production du carbonate d'ammoniaque. Dans ces cas, l'alcalinité n'a aucune signification ; elle a une valeur clinique seulement quand elle existe dès l'émission. Alors le papier de tournesol bleuit quand il est enfoui au sein même du liquide ; tandis que dans le premier cas, il ne bleuit qu'à sa surface. L'alcalinité pathologique de l'urine s'observe dans la dilatation de l'estomac : elle indique souvent, quand elle existe dans l'urine trouble, la phosphaturie au début.

D'une manière générale, le praticien ne s'occupe que de l'analyse de l'urine au point de vue de l'albumine et du sucre ; il ne cherche pas à évaluer en quelle quantité se trouvent les éléments normaux de l'urine.

L'addition d'un acide dilué détermine dans beaucoup d'urines un trouble, rarement un précipité floconneux : c'est de la mucine, qui, chez les femmes surtout, se mélange à l'urine dans la vessie ou les canaux urinaires, et ne possède qu'une valeur pathologique très relative.

L'albumine, au contraire, indique par sa présence des altérations rénales, soit lésions anatomiques, soit troubles circulatoires. Pour la déceler, il existe plusieurs procédés.

D'abord l'ébullition : on fait bouillir l'urine filtrée, puis on y ajoute un acide étendu : un précipité dû à des phosphates se dissout ; s'il est produit par de l'albumine, il devient floconneux.

Il est toujours bon de garder comme point de comparaison un tube renfermant de l'urine non bouillie ; de la sorte, les moindres traces de précipité ne peuvent vous échapper.

On peut aussi verser de l'acide azotique dans l'urine à froid ; il se produit à la ligne de séparation un anneau blanc dont le volume est en rapport avec la quantité d'albumine. Les urates et l'acide urique peuvent déterminer un anneau plus élevé. D'autre part, certains balsamiques, tels que le copahu, etc., peuvent déterminer un anneau dans l'urine, mais celui-ci est dissous par l'urine.

L'épreuve la plus sûre après l'ébullition est celle du ferrocyanure de potassium acide ; cependant il faut savoir que certains médicaments, tels que les alcaloïdes, la piperazine, l'antipyrine etc., donnent également un dépôt.

La méthode clinique la plus sûre est celle de Spiégler. Cet auteur se sert d'un réactif composé de 8 gr. de sublimé, 4 gr. d'acide tartrique, 20 gr. de glycérine, 200 gr. d'eau. L'urine doit être filtrée et très acidifiée, pour éviter la précipitation de l'acide urique ; de même lorsqu'elle est très diluée, il faut y ajouter quelques gouttes d'une solution concentrée de chlorure de sodium. On mélange l'urine au réactif et l'on obtient par l'albumine un anneau très net, par la nucléoalbumine, un simple trouble.

Le sucre se dévoile, d'une façon très pratique, par l'ébullition de l'urine avec la liqueur de Fehling, reconnue pure au préalable (portée à 100° elle n'a pas donné de précipité rougeâtre). La polarimétrie, après précipitation des matières colorantes par un sel de plomb, est plutôt un procédé de laboratoire.

D'ailleurs, l'examen du suc gastrique (après un repas d'épreuve), ainsi que celui des matières fécales, appartiennent également au laboratoire ; ils ne sont faits par le médecin praticien qu'au point de vue des caractères physiques, or, c'est là une question trop connue pour que nous y insistions plus longtemps.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et accidents du travail

Suivant le conseil du poète didactique « vingt fois sur le métier, remettez votre ouvrage » les pouvoirs publics viennent d'amender encore quelques passages de la loi-accidents. Comme, par hasard, il se trouve que la présente série de modifications nous intéresse, et qu'il nous importe de les connaître. Laissons au ministre lui-même le soin de déterminer comment l'application doit en être faite ; il le dit dans la circulaire suivante dont nous soulignons les passages qui nous visent particulièrement.

Paris, le 23 mars 1902.

Monsieur le préfet,

Une loi en date du 22 mars 1902 a remanié plusieurs articles de la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail. Les articles 11 et 12 notamment, qui sont relatifs aux déclarations d'accidents du travail, et dont l'application a fait précédemment l'objet de ma circulaire du 24 août 1899, ont été assez profondément modifiés : *les chefs d'entreprise se trouvent désormais déchargés de la production de certificats médicaux pour les accidents légers n'entraînant qu'une incapacité de travail insignifiante* ; d'autre part, les mairies n'ont plus la responsabilité d'un choix à faire, d'après les énonciations des certificats médicaux, entre les déclarations à retenir et les déclarations à transmettre aux justices de paix ; enfin la loi fixe de façon plus précise les indications que doivent contenir les déclarations d'accidents et remet expressément au Gouvernement le soin de déterminer par décret la forme obligatoire de ces déclarations.

En exécution de ces dernières dispositions, un décret du 23 mars 1902, rapportant et remplaçant les décrets des 30 juin et 18 août 1899, a fixé de nouveaux modèles pour les déclarations d'accidents et les diverses pièces qui y font suite.

Je vous prie de vouloir bien donner immédiatement au nouveau texte des articles 11 et 12 de la loi et au décret susvisé la plus grande publicité. Vous voudrez bien notamment les porter à la connaissance des maires de votre département et les insérer au plus prochain numéro du bulletin des actes administratifs, dont je désirerais recevoir un exemplaire.

Je crois devoir, au surplus, vous adresser quelques brefs éclaircissements, auxquels vous voudrez bien donner la même publicité et que je groupe, pour plus de clarté, dans l'ordre même qu'adoptait ma précédente circulaire du 21 août 1899.

Du délai imparti pour la déclaration.

(Voir circulaire du 21 août 1899 (n° 1, § D.)

Ce nouvel article 11 maintient le délai de « quarante-huit heures » pour la déclaration d'accident, quelle qu'en soit la gravité. Mais ce délai est maintenant prorogé à raison des fêtes légales ou des jours fériés qui peuvent le traverser.

Le délai continue à courir d'heure à heure à partir du moment de l'accident : s'il y a un ou plusieurs jours fériés dans l'intervalle, ce délai est augmenté d'autant de vingt-quatre heures.

D'autre part, la production du certificat médical n'est plus exigée au moment de la déclaration. Le législateur a voulu ainsi rendre la formalité de la déclaration plus simple et plus rapide, en même temps qu'éviter aux exploitants, pour les accidents n'ayant aucune suite grave, la perte de temps et les frais que peut impliquer la production du certificat médical.

Le chef d'entreprise a dès lors deux obligations nettement distinctes : 1° pour toutes les victimes, quelle que soit la durée de l'incapacité de travail résultant de l'accident, déclaration à la mairie dans les quarante-huit heures ; 2° pour celles de ces victimes qui n'ont pas repris leur travail dans les quatre jours de l'accident, production à la mairie d'un certificat médical destiné à compléter les indications contenues dans la déclaration initiale. C'est donc au plus tard le quatrième jour à compter de l'accident qu'il y a lieu de se préoccuper de l'établissement du certificat médical pour que ce certificat puisse être déposé ledit jour à la mairie. Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce que le certificat médical soit dès l'abord joint à la déclaration ; mais, dans ce cas, la déclaration n'en doit pas moins être produite dans les quarante-huit heures de l'accident.

Il est à remarquer, au surplus, que la défalcation des dimanches et jours fériés, applicable au délai de quarante-huit heures pour la remise de la déclaration, n'est point applicable au délai de quatre jours pour la production du certificat médical.

En ce qui concerne la déclaration facultative de la victime ou de ses représentants, le législateur de 1898 n'avait pas assigné de délai à cette déclaration et ma circulaire du 21 août 1899 en avait inféré qu'elle ne pouvait être assujettie au délai fixé pour la déclaration obligatoire du patron.

La loi nouvelle consacre ce principe, en fixant toutefois, dans ce cas, un délai d'une année à compter de l'accident.

De la forme et du contenu de la déclaration.

(Voir circulaire du 21 août 1899, n° 1, § E).

Comme le modèle actuellement en vigueur, la formule de déclaration à employer dans l'avenir correspond exactement au procès-verbal à dresser par le maire. Cette concordance devenait d'autant plus nécessaire que la mairie ne conserve plus la déclaration, qu'elle doit transmettre dorénavant en original au juge de paix.

Les indications mentionnées sur cette formule sont celles que prévoit le nouvel article 11. Elles sont strictement obligatoires pour le déclarant, qui ne peut se dispenser de les fournir intégralement et dans la forme prescrite. Les tempéraments qu'admettait ma circulaire du 21 août 1899 et la condescendance des mairies à recevoir des déclarations incomplètes ou différentes du modèle règlementaire ne seraient plus admissibles maintenant que le contenu et la forme même des déclarations se trouvent déterminés par le législateur lui-même ou en vertu de sa délégation spéciale.

Vous voudrez bien seulement rappeler aux maires qu'il ne leur est jamais loisible d'opposer leur appréciation aux énonciations des déclarants et de se substituer ainsi au juge, qui seul peut statuer. Ils devront tout particulièrement s'abstenir d'écarter les déclarations faites dans des cas où l'assujettissement de l'entreprise à la loi du 9 avril 1898 leur semblerait faire doute, ce doute ne pouvant être levé, le cas échéant, que par l'autorité judiciaire.

Du certificat médical.

(Voir circulaire du 21 août 1899, n° 11.)

Le certificat médical constituait toujours jusqu'ici le complément immédiat de la déclaration. Le législateur a voulu dispenser le chef d'entreprise de cette formalité assez coûteuse, pour les menus accidents qui le plus souvent ne nécessitent pas l'appel d'un médecin et, en tout cas, d'après le texte actuel de la loi, ne donnent à la victime aucun droit à indemnité.

Le certificat médical à produire quand la victime n'a pas repris son travail dans les quatre jours qui suivent l'accident doit indiquer, comme précédemment, l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

J'avais présumé, en 1899, que les médecins appelés à établir ces certificats prendraient vite l'habitude de les rédiger dans l'ordre indiqué par la loi et avec des précisions suffisantes.

Je dois constater que cet espoir n'a pas été partout rempli et qu'un trop grand nombre de certificats se bornent à des constatations trop vagues ou à des prévisions sans portée. Les chefs d'entreprise ne doivent pas perdre de vue qu'ils sont responsables de la régularité des certificats médicaux exigibles à l'appui de leurs déclarations et qu'ils n'échappent pas aux sanctions de l'article 14, lorsque ces certificats ne répondent pas aux prescriptions du troisième alinéa de l'article 11.

J'ajoute que rien ne saurait décharger le chef d'entreprise de la production du certificat médical régulier et qu'au cas exceptionnel où il ne pourrait l'obtenir du médecin de son choix, il aurait à s'adresser à la justice pour se mettre en règle avec la loi. Dans un avis du 7 février 1900, le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail estime, en effet, qu'en cas de refus du certificat médical par les médecins voisins du théâtre de l'accident, le chef d'entreprise doit demander au juge de paix désignation d'un médecin par justice pour l'établissement du certificat légal.

Du récépissé.

(Voir circulaire du 21 août 1899, n° III.)

Les instructions de la circulaire du 21 août 1899 concernant le récépissé de déclaration s'appliquent au nouveau récépissé de certificat médical (modèle V), qui doit être remis séance tenante au déposant.

Lorsque le chef d'entreprise juge bon d'annexer le certificat médical à sa déclaration ou lorsqu'il s'agit d'une déclaration facultative de l'ouvrier que doit toujours accompagner le certificat médical, le maire doit délivrer simultanément les deux récépissés afférents aux deux pièces produites.

De l'avis au service d'inspection.

(Voir circulaire du 21 août 1899, n° V.)

La formule d'avis au service de l'inspection (modèle VII) a dû être remaniée en concordance avec les nouvelles dispositions réglant la déclaration d'accident et la production du certificat médical.

Il y aura lieu d'appeler particulièrement l'attention des maires sur l'obligation qui leur est faite d'indiquer sur l'avis la durée probable d'incapacité de travail, d'après les énonciations du certificat médical, en les invitant à mettre le plus de précision possible dans ce renseignement, qui peut utilement guider l'action du service de l'inspection.

En vue d'alléger, tout ensemble, le travail des maires et celui des inspecteurs, la transmission d'avis au service d'inspection ne sera d'ailleurs effectuée que pour les seuls accidents ayant été suivis de décès ou ayant donné lieu à production de certificat médical.

Cette transmission doit se faire dans le même délai que celle de l'avis au juge de paix, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat et, en tout cas au plus tard dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident.

De l'avis à la justice de paix.

(Voir circulaire du 21 août 1899, n° VI.)

A la différence des dispositions de l'ancien premier alinéa de l'article 12, le nouveau texte veut que l'avis à la justice de paix (modèle VI) soit transmis dans tous les cas.

Le maire n'a donc plus à se préoccuper des conclusions du certificat médical ni à se faire juge, sous quelque prétexte que ce soit, de l'opportunité de la transmission.

Il doit faire cette transmission, même lorsqu'il n'y a pas eu production de certificat médical, sauf à attester dans l'avis cette absence de certificat.

Cet envoi au juge de paix comprend les pièces originales. Il doit être effectué dans les délais que la loi a pris soin de spécifier, c'est-à-dire, en principe, dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat ; s'il n'y a point eu production de certificat médical, « dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident ».

Telles sont, monsieur le préfet, les applications sommaires qu'il pouvait paraître utile d'ajouter à celles que contient ma circulaire du 21 août 1899, dont, sur tous les autres points, les instructions demeurent en vigueur.

Le détail des formalités à remplir et des indications à produire résulte d'ailleurs très nettement du cadre des nouveaux modèles réglementaires et des notes marginales qui achèvent de les éclaircir.

Afin de laisser aux intéressés et aux mairies le temps nécessaire au changement des formules précédemment en usage, le décret du 23 mars 1902, dont vous trouverez le texte ci-annexé, a d'ailleurs imparti un délai. C'est seulement à partir du 1er mai prochain que les formules nouvelles seront obligatoires.

Je vous prie de vouloir bien m'accuser sans retard réception de la présente circulaire et d'assurer, en ce qui vous concerne, la stricte exécution des dispositions nouvelles, en faisant un pressant appel à l'exactitude et à la vigilance des maires et en provoquant, au besoin, sans hésitation, l'application des sanctions pénales maintenues par le législatenr dans l'article 14 de la loi.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre du commerce de l'industrie,
des postes et des télégraphes,
A. Millerand.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins sanitaires maritimes. — M. le sénateur Treille, qui avait l'intention, à l'occasion du budget de l'intérieur, de poser à M. le ministre une question à propos de la situation pénible et anormale faite aux médecins sanitaires maritimes, a dû renoncer à ce projet en raison de l'absence du ministre et du temps limité dans lequel le budget doit être discuté. Mais notre confrère a déclaré qu'il déposerait, à la rentrée, une demande d'interpellation sur ce sujet, si satisfaction n'a pas été accordée aux intérêts légitimes mis en jeu et qu'il a exposés dans une note remise au ministre. — La commission d'enquête nommée par l'Académie de médecine a la suite de la communication Bucquoy sur l'incident du « *Sénégal* » au Frioul, vient d'ailleurs, par le rapport de M. Vallin, d'émettre un certain nombre de vœux dont il convient de retenir celui-ci : « qu'il importe d'assurer au plus tôt aux médecins sanitaires maritimes une situation stable, indépendante des compagnies. »

Le *Sou médical* soutient, à cette heure, une revendication particulière protestant contre le remplacement par pur caprice d'un de ces médecins qui avait cessé d'être persona grata d'une Compagnie. Comment veut-on que sous un pareil régime, le représentant du service sanitaire à bord d'un paquebot puisse *assurer* l'application de règlements parfois gênants pour les intérêts commerciaux qui sont, suivant la formule, « maîtres absolus après Dieu » ?

Excercice illégal par un pharmacien. — Un pharmacien de Paris, M. P..., était poursuivi devant la 10e chambre du tribunal correctionnel de la Seine, à la requête du syndicat des médecins de la Seine, pour exercice illégal de la médecine, dans les circonstances suivantes.

M. P..., au dire des plaignants, fait de nombreuses analyses d'urine. Quand il y trouve du pus, de l'albumine ou du sucre, il ne manque pas — très correct sur ce point — d'engager le client à aller voir son médecin ; mais si « le superflu de la boisson », comme disait notre grand et illustre ami Molière, pêche seulement par excès ou manque de phosphates, d'urée, etc., M. P.. rassure le client sur son état de santé et lui affirme qu'il n'y a pas de maladie proprement dite, tout en s'empressant de remédier, séance tenante, aux desiderata résultant de l'analyse par la délivrance des médicaments qu'il juge appropriés.

Le syndicat des médecins de la Seine a estimé qu'en agissant de la sorte, M. P... faisait acte de médecin puisqu'il faisait, en somme, un diagnostic, complété ordinairement par une prescription médicamenteuse.

Le tribunal a admis cette manière de voir. Il a condamné M. P... à 50 francs de dommages-intérêts envers le syndicat et à 50 francs d'amende.

Faculté et Hôpitaux.

M. Castex reprendra ses cours de laryngologie, de rhinologie et d'otologie le mardi 15 avril, à 3 h., à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique. Il les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

— Des exercices pratiques, sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Bal, auront lieu tous les jours de 3 à 5 h.

— Un concours pour deux places de prosecteur de la Faculté s'ouvrira le jeudi 22 mai, à 12 h. 1/2. Sont seuls admis à y prendre part MM. les aides d'anatomie.

Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai, à midi et demi. Tous les étudiants en médecine français ou naturalisés sont admis à y prendre part.

Concours d'Internat. — Séance du 21 mars : Articulation temporo-maxillaire ; luxation du maxillaire inférieur. MM. Vicq, 10 ; Lemaire (H.), 13 ; Mlle Mangeret, 15 ; Teisseire, 11 ; Gaudemet, 16 ; Pathault, 11 ; Omiécinsky, 12 ; Français (H.), 14 ; Nathan, 11 1/2. Absents : MM. Devé, Gratiot. — Séance du 22 mars. — Epididyme. Diagnostic de la tuberculose du testicule : MM. Delion 8 ; Gravelotte, Cbaix, 9 ; Chartagnol, 11 ; Bouchot, 14 ; Juquelier, 14 ; Rivet, 10 ; Cerise, 12. Absent : M. Lutaud.

Concours des Hopitaux. (Chirurgie). — Les questions à traiter pour les candidats aux 2 places vacantes de chirurgien des hôpitaux étaient : Artère carotide primitive. Kyste dermoïde du cou. Vingt-cinq copies ont été remises.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4807. — M. le docteur Vadon, de Fréjus (Var), membre de l'Association des médecins de l'arrondissement de Draguignan et Brignoles.

N° 4808. — M. le docteur Morinière, de Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire), membre de l'Association des médecins du Maine-et-Loire et présenté par M. le docteur Rabjeau, d'Ingrandes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Ellart, de Saint-André-lez-Lille (Nord), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 15 12 AVRIL 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE COMPLET DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Application des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle, Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La crise médicale.

Mon cher Confrère,

Vous êtes assurément de ceux qui pensent qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire : aussi ne vous étonnerez-vous pas de me voir — après tant d'autres — aborder cette question, si étudiée déjà, et cependant toujours pendante, de l'encombrement médical.

Si je n'ai pas paru prendre, jusqu'ici, une part active aux travaux du *Concours* sur ce sujet, ce n'est pas, croyez-le bien, que je m'en sois désintéressé ; absorbé par d'autres soins, j'ai dû me contenter de suivre vos discussions avec tout l'intérêt qu'elles méritent, et j'ai lu avec le plus vif plaisir, comme aussi avec le plus grand profit, et le consciencieux travail de notre confrère Gouffier, et les résultats de votre enquête, si magistralement exposés par le Dr Gassot.

Nous voici désormais, grâce au concours de tant de bonnes volontés, pleinement éclairés sur les causes et sur l'étendue du mal dont souffre notre profession ; les « secours s'organisent » et nous pouvons espérer que, dans un certain nombre d'années, les effets salutaires de ce grand mouvement, dont vous avez, au *Concours*, pris si heureusement l'initiative, commenceront à se faire sentir.

Toutefois, je l'avoue, je ne me tiens pas pour satisfait de ce résultat, entrevu seulement à travers les brumes de l'avenir.

Un tiers des médecins, dit le rapport Gassot, ne sont pas contents de leur situation ; 34 % ne peuvent vivre de leur profession ; 12 % en vivent à peine, c'est-à-dire mal ! Cela donne une proportion de 46 %, pour qui le diplôme n'a pas réalisé les espérances qu'ils étaient en droit d'en attendre.

Quel sort est, actuellement, réservé à ces déshérités de la profession, dans l'attente de jours meilleurs qui, vraisemblablement, ne luiront que pour leurs descendants ? Gémir et courber le front sous le poids de la destinée à la façon orientale, ou se raidir, bander ses muscles et sa volonté pour chercher *individuellement* à se tirer de cette fâcheuse situation ?

La question me semble digne d'être étudiée.

A cette demande du questionnaire : « Changeriez-vous volontiers de *clientèle* » 25 % répondent oui ; 75 % disent non !

Parbleu ! ils craindraient de trouver pire !

Ne pensez-vous pas que la question posée ainsi : « Changeriez-vous volontiers de *profession* » ? aurait quelque chance de modifier les réponses ?

Certains confrères, j'en suis assuré, *voudraient* tenter cette évolution ; quelques-uns seulement *pourraient* la réaliser ; tous les mécontents — et ils sont plus nombreux encore qu'ils ne le disent — *devraient* pouvoir l'accomplir si nous possédions cette heureuse qualité, si peu française, hélas ! — qu'on appelle le « don de retournement ».

« Dans les sociétés où l'initiative privée atteint un haut développement, chaque individu, habitué à ne compter que sur lui-même, s'ingénie de mille manières, pour sortir par ses propres forces d'une situation pénible.

« Il en est tout autrement dans les sociétés où chacun compte peu sur lui et beaucoup sur les autres. »

« Là, la valeur personnelle doit se combiner avec d'autres éléments pour assurer le succès. Beaucoup de gens sont pourvus d'un moyen d'existence par leur famille ou par un emploi administratif ; ceux qu'une cause quelconque laisse en dehors de cette classe privilégiée, ceux qui souffrent de la faim, se demandent pourquoi la société ne leur assure pas les mêmes avantages et déclarent qu'elle est mal construite. Ils s'en prennent, non à eux-mêmes, mais à une abstraction, à un système social (1). »

Ces réflexions sur l'état actuel de la société russe ne pourraient-elles s'appliquer un peu à nous-mêmes ? La crise médicale n'est que l'expression, pour notre profession, de la crise générale, qui sévit sur notre société toute entière. Il me semble qu'envisagée à ce point de vue et étudiée à la lumière des enseignements de la nouvelle Ecole de Le Play, la question de l'encombrement médical devrait faire un pas de plus dans la voie des réformes urgentes.

Montrer la souveraine efficacité de l'énergie et de l'initiative individuelles pour le soulagement immédiat d'un grand nombre d'infortunes confraternelles, engager ces déshérités de la profession à joindre *individuellement* leurs efforts à ceux de l'*initiative collective* si énergiquement et si heureusement prônée depuis tant d'années par le *Concours médical*, telle est la tâche qui m'a tenté et pour laquelle j'espère, mon cher confrère, obtenir votre appui moral et votre assistance.

Je viens donc vous demander :

(1) Les réformateurs russes. In *La Science Sociale*. Tome X.

1° De vouloir bien me communiquer ceux des questionnaires qui contiendraient des exemples d'initiative comme un changement de profession, ou l'adjonction à la profession médicale d'une occupation quelconque destinée à fournir un supplément de ressources ;

2° D'inviter vos lecteurs à me communiquer directement les essais qu'ils auraient pu tenter ou dont ils auraient connaissance dans cet ordre d'idées, ainsi que toutes réflexions que leur inspireraient ces quelques lignes.

Je leur en serai très reconnaissant ainsi qu'à vous-même, et je vous prie d'agréer, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments bien confraternellement dévoués,

Dr Oudaille,
Fresnoy-le-Grand (Aisne).

LA SEMAINE MÉDICALE

Cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés.

Dans une récente communication à l'Académie de Médecine, M. Mossé montre que, contrairement à l'opinion généralement répandue, non seulement la pomme de terre n'est pas contre-indiquée dans le diabète, mais que, si on la fait entrer dans le régime, suivant certaines règles, elle peut constituer un élément important de traitement. M. Mossé conclut en effet des nombreuses observations qu'il a pu suivre depuis cinq années que :

« Dans les diabètes, la pomme de terre est non seulement un aliment permis, mais bien un ali-

FEUILLETON

Un projet mort-né d'organisation de la médecine en France

Nous reproduisons, d'après la *France médicale*, le curieux projet qui suit et où l'on rencontre, formulées il y a plus d'un siècle, la plupart des préoccupations qui hantent encore aujourd'hui les spécialistes en matière d'organisation de la médecine.

Titre premier. — Art. 1er. — La médecine, la chirurgie, la pharmacie, avec toutes leurs parties accessoires, sont comprises dans la présente loi : et personne ne sera admis, ni ne pourra exercer une des dites sciences et partie accessoires, que lorsqu'elle sera munie d'un titre légal.

Art. 2. — Ces titres seront, pour la médecine, les diplômes et autres actes de réception dans les ci-devant Facultés de Paris, de Montpellier, de Louvain ; les actes de réception accordés avant le 1er vendémiaire an IV dans les Ecoles de médecine de Reims, Nancy, Caen, Douai, etc., etc... Seront aussi admissibles les titres accordés par les nouvelles écoles de médecine, qui seules auront le droit à l'avenir de donner le titre de médecin et de chirurgien, suivant les statuts et règlements de ces Ecoles (1).

Art. 3. — Seront admis pour exercer la chirurgie les citoyens reçus avant le 1er vendémiaire an IX dans les collèges de chirurgie, dans les ci-devant maîtrises ou corporations de chirurgiens, ceux admis dans les nouvelles Ecoles de médecine, suivant leurs statuts et règlements, ainsi que les chirurgiens qui, ayant subi les examens usités, auront été employés pendant six années dans les armées de la République.

Art. 4. — Seront reconnus apothicaires, pouvant seuls exécuter les recettes et prescriptions des médecins et chirurgiens, ou tout autre mélange dosé pour les maladies des hommes, ceux qui, après avoir subi les examens usités, auront été admis dans un collège ou corporation de maîtres apothicaires, et après avoir fait les opérations chimiques ou pharmaceutiques usitées. Il leur est défendu de présenter de leur chef aucun remède interne sous les peines qui vont être portées contre tout autre individu qui exercerait une des branches de l'art de guérir sans titre légal ; et, à la troisième récidive, leur pharmacie sera fermée par décision du collège directorial de santé pour un terme qui ne pourra excéder une année.

Art. 5. — Toutes les personnes qui voudront exercer une des trois parties de l'art de guérir, ou une des parties accessoires, telles que dentiste, oculiste, accoucheur, bandagiste, etc., seront obligées de présenter dans le délai de trois mois, à compter de la date de la présente loi, leurs titres au Directoire du Collège de santé, qui sera créé d'après la présente loi et qui sera seul compétent pour juger de la validité des titres des médecins, chirurgiens, apothicaires, ou de ceux qui voudront exercer une des parties accessoires de l'art de guérir.

Art. 6. — Tout autre individu convaincu d'avoir exercé, même gratuitement, une des parties de l'art de guérir, sera puni pour la première fois de six cents francs d'amende et, à défaut de paiement, de trois mois de détention ; en cas de récidive, l'amende et le temps de la détention seront du double.

(1) J'ai pensé qu'il conviendrait de ne pas reconnaître les titres accordés dans les écoles secondaires pendant les désordres de la Révolution. Il y aurait encore quelques autres écoles à ajouter (*Note de l'auteur*).

ment utile, qui peut être avantageusement substitué au pain, à doses élevées, suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est-à-dire, en poids, dans la proportion de 2 1/2 à 3 p. de pommes de terre pour 1 p. de pain.

« Cette substitution a été fort bien supportée dans presque tous les cas (19 fois sur 20) dont il apporte aujourd'hui les observations, soit personnelles, soit communiquées par des collègues et confrères, qui ont bien voulu essayer cette méthode.

« Contrairement à ce qu'on pouvait craindre d'après les idées régnantes sur l'utilisation des féculents par les diabétiques, des doses quotidiennes de pommes de terre, variant de 500, 600 gr. à 3 kilogrammes, ordinairement 1.000 à 1.500 grammes par jour, ont amené une diminution rapide, presqu'immédiate, de la soif, de la glycosurie, dans des proportions parfois considérables, et une amélioration des divers éléments du syndrome urologique coïncidant avec un mieux-être général ».

Ces résultats sont obtenus dans les diverses formes de diabète et notamment dans le diabète d'origine arthritique. Il semble bien que ce résultat provienne de la quantité d'eau et de sels contenus dans cet aliment.

Le malade absorbe, en effet, à poids égal, six fois plus d'eau et trois fois autant de sels qu'en mangeant du pain. Les pommes de terre doivent être de préférence mangées cuites au four ou à l'étouffée.

Les injections sous-cutanées de calomel.

A l'une des dernières séances de la Société de Neurologie, MM. Marato et A. Charpentier ont communiqué le résultat de leurs recherches sur le choix d'une région où les injections de calomel sont indolores et ne donnent, généralement, lieu à aucune réaction inflammatoire.

Après avoir systématiquement pratiqué les injections dans les différents endroits du corps, les auteurs ont trouvé une « région analgésique » et tolérante.

Marato et A. Charpentier l'ont délimitée de la manière suivante : en haut, par un plan horizontal passant par l'articulation sacro-coccygienne ; en bas, par un autre plan horizontal passant par le milieu de l'anus ; à gauche et à droite par un plan vertical distant de 4 centimètres environ du sillon interfessier.

L'injection se fait tous les huit jours à l'aide de l'aiguille ordinaire de la seringue Pravaz, petite aiguille mesurant 2 cent. 1/2 ou 3 centimètres, enfoncée complètement et obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant ; la pointe de l'aiguille vise le grand trochanter.

L'un des auteurs a pratiqué plus d'une soixantaine d'injections dans le service de Babinski, et l'autre plus de cent dans sa clientèle ; ils n'ont jamais constaté de douleur chez les malades et ils ont pu, en injectant le calomel dans la « zone analgésique », continuer le traitement à des malades que la douleur intolérable provoquée par l'injection classique forçait d'y renoncer.

On recherche, d'ailleurs, actuellement, un composé de mercure soluble et non douloureux, et déjà, plusieurs auteurs croient avoir trouvé la solution du problème : nous en reparlerons plus tard.

Art. 7.— Si ceux dont les titres auraient été jugés non valables pour exercer une des parties de l'art de guérir, se croient lésés, ils pourraient adresser une pétition, au préfet de leur département. Mais cette pétition, pour être admise par les préfets, devra être appuyée par une apostille motivée de deux membres au moins d'un Collège de santé. Le préfet renverra la pétition ainsi apostillée au Directoire du Collège de santé qui a fait le refus. Si le Directoire, dans sa réponse au préfet, maintient sa première décision, celui-ci renverra le tout au ministère de l'Intérieur qui décidera sur l'admission ou la non admission du pétitionnaire. Ce dernier, en cas que cette dernière décision ne lui soit pas favorable, pourra se présenter à une des Ecoles de santé pour être examiné suivant l'usage. La dite Ecole décidera alors irrévocablement sur le sort du pétitionnaire.

Art. 8.— Tout membre d'un Collège de santé peut exercer la partie de l'art de guérir pour laquelle il est admis dans toute la république, en présentant son titre d'admission au Collège de santé de l'arrondissement où il se trouve passagèrement.

TITRE SECOND. — *Etablissement des Collèges de santé.* — Art. 1er. — Il y aura dans chaque chef-lieu des départements et des districts, un Collège de santé composé de tous les citoyens admis pour exercer la médecine, la chirurgie, la pharmacie et leurs parties accessoires à l'art de guérir les hommes.

Art. 2. — Dans chaque Collège de santé, le ministre de l'Intérieur, pour la première fois seulement, choisira sur la présentation du préfet du département un *Directoire du Collège de santé* : il devra toujours être composé d'un président et de neuf assesseurs dont trois médecins, trois chirurgiens et trois apothicaires. Ils seront renouvelés par tiers tous les ans. Le président sera pris alternativement dans la classe des médecins, dans celle des chirurgiens et dans celle des apothicaires, il sera renouvelé tous les ans. Dans la première nomination, il sera désigné ceux qui seront nommés pour un an ou pour deux ans, de manière que tout le Collège de santé aura à nommer toutes les années suivantes un nouvel assesseur médecin, un chirurgien et un apothicaire, de plus un président qui devra toujours être pris dans les assesseurs de l'année, et un assesseur de la même classe que le nouveau président pour remplacer le dit président nouvellement élu.

Art. 3. — Les Directeurs des Collèges de santé ainsi nommés pour la première fois par le ministre de l'Intérieur feront annoncer leur installation par les papiers publics, afin que tous ceux qui voudront exercer une des parties de l'art de guérir présentent leurs titres pour être revisés par les membres du Directoire du Collège qui décideront à la pluralité des voix sur la validité des dits titres.

Art. 4. — Il sera fait dans chaque collège une liste de tous les citoyens admis pour l'exercice de la médecine, une seconde pour l'exercice de la chirurgie et parties accessoires et une troisième pour les apothicaires, dont la validité des titres devra être reconnue suivant les bases établies dans le titre premier art. 2, 3, 4 et 5 de la présente loi.

Art. 5. — Le Directoire du Collège de santé sera de plus composé d'un *Surveillant de santé* qui fera les fonctions de secrétaire et de caissier, et d'un garçon de bureau. Ils seront indéfiniment rééligibles tous les trois ans. Il ne sera pas nécessaire que le surveillant soit tiré hors des membres du Collège de santé.

Art. 6. — Les fonctions du Directoire du Collège de santé seront :

1° D'examiner les titres de tous les citoyens qui se

La levure de bière contre l'obésité

M. le Dr *Rosanoff*, de Nice, nous signale une nouvelle application du traitement par la levûre de bière : c'est son administration contre l'obésité. « Chez deux personnes obèses, dit-il, dont l'une pesait 105 kg. et l'autre 94, j'ai obtenu par l'emploi de 3 cuillers à café par jour de levûre fraîche, une réduction de 4 kg. chez la première après un usage d'un mois et chez l'autre de 2 kg. dans le même espace de temps.

« Aucune modification n'avait été apportée au régime alimentaire et la perte du poids n'a été accompagnée d'aucun trouble. »

L'euquinine

Dans une récente communication à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux, M. le Dr Ch. *Rocaz* recommande l'emploi de l'euquinine à la place de la quinine, pour la thérapeutique infantile. Ce sel est l'éther éthylcarbonique de la quinine ; elle se présente sous forme d'aiguilles blanches fondant à 85° ; difficilement soluble dans l'eau, mais se dissolvant très facilement dans l'éther, alcool, chloroforme.

De tous les sels que l'euquinine forme avec les acides, un seul est très soluble dans l'eau, c'est le chlorhydrate, mais sa saveur très amère fait qu'il ne présente pas d'avantages sur les sels de quinine.

M. Rocaz préfère l'euquinine :

« J'ai constamment administré l'euquinine aux enfants, dit-il, en suspension dans une cuillerée à café d'eau sucrée ; tous l'ont pris sans répugnance, avec la même facilité qu'ils auraient absorbé un peu de calomel administré de la même façon. Chez plusieurs des enfants auxquels je l'ai prescrite, et qui l'ont si facilement avalée, l'administration de la quinine par la bouche avait été impossible.

Ce médicament présente donc sur la quinine cet immense avantage d'être bien accepté par les enfants ; mais il en présente un autre, c'est celui d'être bien toléré par les voies digestives. Je ne l'ai jamais vu rejeté par les petits malades qui l'avaient pris, mêmes à doses élevées et massives.

J'ai tenu à savoir si ce corps était facilement absorbé par l'organisme, malgré son peu de solubilité dans l'eau ; aussi ai-je entrepris, avec l'aide de M. P. Lemaire, pharmacien de l'Hôpital des Enfants, quelques recherches sur ce sujet. Or, M. Lemaire, étudiant l'élimination de l'euquinine par les urines, à la suite de l'administration d'une seule dose de ce médicament, a trouvé que cette élimination commençait entre la première et la deuxième heure qui suivent cette administration, pour atteindre son maximum après sept heures. Gamarelli, en Italie, a fait des recherches analogues et est arrivé à des résultats semblables, sauf en ce qui concerne le début de cette élimination qui, d'après lui, commencerait dès l'ingestion du médicament.

L'euquinine est donc absorbée ; aussi n'est-il pas étonnant de lui voir produire tous les effets de la quinine ; ses indications, en clinique infantile, sont celles de l'alcaloïde dont elle dérive ; ses contre-indications ne sont cependant pas si étendues puisqu'elle est mieux supportée par les voies digestives.

Quant à la dose à laquelle elle doit être employée, elle est, de l'avis de tous les auteurs qui

---

présenteront pour exercer une des parties de l'art de guérir dans leur arrondissement.

2° De faire poursuivre par-devant les juges de paix, par le Surveillant de santé, ceux qui exerceront une des parties de l'art de guérir, sans être admis au Collège de santé de l'arrondissement.

3° De surveiller et de visiter les médicaments des pharmacies de leur arrondissement.

4° De taxer en cas de contestation les honoraires et mémoires des membres du Collège de santé.

5° De surveiller tout ce qui regarde la comptabilité du Collège et d'en fixer l'emploi ainsi qu'il va être réglé par la présente loi.

6° D'examiner tous les remèdes spécifiques qu'on voudrait vendre dans l'arrondissement du Collège de santé ; de faire punir ceux qui en vendront sans y être autorisés par le Directoire du Collège.

7° D'examiner ceux qui se présenteraient pour être apothicaires et de leur faire faire, comme il est d'usage, leur chef-d'œuvre.

8° D'examiner les personnes du sexe qui voudraient exercer l'état de sage-femme ; de leur en délivrer le brevet ou permission.

9° De convoquer un certain nombre de médecins du Collège, pour aviser aux meilleurs moyens curatifs, en cas de maladies extraordinaires, épidémiques ou endémiques.

Art. 7. — Les fonctions du Surveillant de santé seront : de tenir les registres des délibérations, la correspondance ; d'encaisser les droits et émoluments du Collège de santé, ainsi qu'il va être expliqué ; de poursuivre par devant les tribunaux ceux qui exerceraient une des parties de l'art de guérir sans titre légal et sans être inscrits pour cet objet sur une des trois listes du Collège de santé ; d'encaisser ses amendes ; d'en veiller la destination suivant qu'il va être réglé. Le dit Surveillant assistera à toutes les séances du Directoire du Collège, mais il sera tenu de se retirer lorsque celui-ci voudra délibérer sans son assistance.

Art. 8. — Le Directoire du Collège de santé, en faisant ses visites chez les apothicaires, pourra faire transporter dans le lieu de ses séances les médicaments qui seront jugés défectueux. Après avoir entendu la justification de l'apothicaire présumé en défaut, le Directoire du Collège décidera si les médicaments seront jetés ou brûlés. Et l'apothicaire en défaut, suivant la gravité de la faute, pourra être condamné à une amende qui ne pourra excéder 300 francs, laquelle somme sera remise dans la caisse du Collège de santé.

Art. 9. — Il sera donné dans les maisons communes un emplacement pour les séances du Directoire du Collège de santé ; le Surveillant et le garçon de bureau auront leur logement, si faire se peut, dans le dit emplacement.

Art. 10. — Le traitement du Surveillant de santé sera, dans les villes chef-lieu des départements, de la somme de.... et dans les chefs-lieux des districts de la somme de..... Celui du garçon de bureau de...., qui seront supportés par la caisse du Collège de santé (1).

Art. 11. — Le Directoire du Collège de santé tiendra deux séances par décade. Le président et les assesseurs auront pour émoluments pour chaque séance, savoir : le président deux jettons d'argent et les assesseurs un jetton. Dans les villes départementales, les jettons seront de la valeur d'un franc cinquante centimes, et dans les villes de districts les jettons seront d'un franc. Si le Directoire juge à propos de s'assembler plus souvent, il n'y aura pas

(1) Le Surveillant doit avoir un traitement qui lui assure une existence honnête, sans qu'il lui soit permis d'exercer une autre profession ; il devra être intelligent et très actif (*Note de l'auteur*).

l'ont étudiée, plus forte que celle à laquelle on emploierait la quinine, de une fois et demie à deux fois plus forte. Voici à quelles doses je l'ai employée, et je la conseille :

De 0 à 1 an......	0 gr. 10 à 0 gr. 15	par jour
De 1 à 2 ans.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30	—
De 2 à 4 ans.....	0 gr. 30 à 0 gr. 60	—
De 3 à 6 ans.....	0 gr. 40 à 0 gr. 80	—
De 6 à 10 ans....	0 gr. 60 à 1 gr.	—

A ces doses, l'euquinine est toujours bien supportée, toujours active et peut donc remplacer avec avantage la quinine en thérapeutique infantile.

Les varices et les ulcères variqueux.

M. le Dr *Maurange* a analysé dans la *Gaz. hebdomadaire*, le travail de M. le Dr Charles *Durand* sur le traitement des ulcères variqueux, par les incisions circonférentielles de jambe et nous ne saurions mieux faire que de citer les traits principaux de cette importante étude :

Les méthodes pour guérir l'ulcère variqueux de la jambe sont innombrables. Il n'est pas de pansements, de topiques, de procédés chirurgicaux (grattages, greffes, circonvallations, etc.), qui n'aient été proposés pour le traitement de cette affection rebelle. Ces différents moyens ont comme trait commun de s'adresser à la plaie elle-même, qu'on s'efforce de combler et de faire cicatriser sans tenir compte des causes qui l'ont engendrée. Des travaux importants avaient cependant cherché à éclairer la pathogénie de l'ulcère de jambe. Ils avaient abouti à proclamer le rôle joué par la prédisposition constitutionnelle dans la préparation du terrain. Cette prédisposition, créée en première ligne par l'arthritisme, amène localement des troubles de la circulation et des troubles trophiques. C'est, d'une part, l'insuffisance valvulaire amenée par les dilatations variqueuses des veines, c'est la dégénérescence athéromateuse des artères : c'est, d'autre part, la névrite interstitielle péri et intra-fasciculaire, raison ou effet de la dilatation variqueuse des vasa vasorum. « D'artère à veine, de veine à nerf, comme dit Aug. Broca, nous ajouterons de nerf à peau, il y a échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes un *locus minoris resistentiæ.* »

Il paraissait donc logique de s'adresser à ces causes diverses qui localement entretiennent et perpétuent l'ulcère de jambe. C'est là l'objet que vise la méthode inaugurée par Moreschi, modifiée par Mariani et P. Reclus, et à laquelle M. le Dr Ch. Durand vient de consacrer son travail inaugural. Ces auteurs ont cherché, en effet, en pratiquant l'incision circonférentielle de tous les tissus des jambes malades jusqu'à l'aponévrose, à modifier les conditions de circulation et d'innervation de tout le segment du membre sous-jacent et par conséquent à exercer une influence directe sur la totalité des lésions. Moreschi fait deux incisions, une première à 4 centimètres au-dessus des limites supérieures de l'ulcère, une seconde à 1 centimètre au-dessus des malléoles. Mariani s'est contenté d'une seule incision pratiquée très peu au-dessus de la limite supérieure de l'ulcère. P. Reclus trace son incision à la partie la plus élevée du mollet, au niveau de la jarretière, réalisant aussi l'incision circonférentielle à distance.

---

de jettons pour les convocations extraordinaires. Les membres du Directoire du Collège auront en outre l'avantage de ne payer que moitié des droits auxquels les membres du Collège seront assujettis.

Art. 12. — Il sera alloué au dit Directoire cinq pour cent de tous les mémoires qui seront soumis à sa taxe, qui seront supportés également par les créanciers et les débiteurs.

Art. 14.— Les candidats qui se présenteront pour être reçus apothicaires payeront, pour les vacations des membres du Directoire qui les examinent, la somme de cent francs ; dans les villes de districts on ne payera que soixante et dix francs. L'une et l'autre devront être toujours payées, quand même le candidat sera refusé.

Les sages-femmes payeront pour les examinateurs, dans les villes départementales et districts, moitié des sommes stipulées pour les apothicaires.

Art. 14. — Ceux des candidats qui se croiraient injustement refusés pourront se présenter à une des Ecole de santé, qui décidera sur l'admission ou la non-admission du candidat.

Art. 15. — Le même membre d'un Collège de Santé pourra être admis pour exercer plusieurs parties de l'art de guérir, moyennant qu'il produise les titres nécessaires qui constatent ses connaissances dans chacune des parties qu'il voudra exercer. Alors, il payera les droits annuels à proportion, et suivant le taux qui va être taxé.

Art. 16. — Tout membre du Collège de santé qui se permettrait d'exercer une autre partie de l'art de guérir que celles pour lesquelles il est admis et inscrit au Collège de santé, sera cité par devant le Directoire, à la diligence du Surveillant de santé, et condamné à une amende de 200 francs ; en cas de récidive, outre l'amende, le contrevenant pourra être condamné à deux mois d'interdiction ; et il ne pourra réclamer ni honoraires, ni payement pour le traitement des maladies qui n'étaient pas de sa compétence. Cet article ne détruit point l'art. 4e du titre premier pour ce qui concerne les apothicaires. Le présent article n'aura pas son effet, s'il est prouvé que, dans le lieu du domicile du malade, il ne s'y trouve point de membre du Collège admis pour le genre de maladie dont le malade est atteint.

Art. 17. — Si, dans le courant d'une maladie médicale, il survient une maladie chirurgicale et *vice-versa*, alors, avec l'agrément du malade, le praticien qui aura dirigé la première maladie pourra continuer le traitement de la seconde ; mais il ne pourra réclamer que le payement de la maladie qui est de son ressort.

Art. 18. — En cas de contestation pour savoir si une maladie, par sa nature ou par sa complication, est médicale ou chirurgicale, le Directoire du Collège de santé décidera.

Art. 19. — Lorsqu'un individu viendra à mourir à la suite d'une maladie qui aura duré moins de quatorze jours, le médecin ou chirurgien qui aura dirigé la dite maladie sera tenu dans la décade, et sous peine de trois cents francs d'amende, d'envoyer au Directoire du Collège de santé de son arrondissement, son mémoire justificatif en rendant compte des symptômes de la maladie et des motifs qui ont dicté son traitement. Le Directoire donnera un reçu du mémoire. Après l'avoir examiné, il y mettra son approbation ou son improbation ; mais celle-ci devra être motivée ; et l'un ou l'autre seront renvoyées à l'Ecole de médecine la plus prochaine qui prononcera, et, au cas de faute grave et évidente, l'Ecole de santé pourra prononcer une amende qui ne pourra dépasser trois cents francs ; cette amende sera versée dans la caisse du Collège de santé. En cas de récidive, l'École pourra interdire le médecin ou

Quelque soit le manuel opératoire adopté, les résultats obtenus sont, à des degrés divers, identiques. La seetion de tous les filets nerveux superfieiels supprime les douleurs, lorsqu'elles existent et met fin aux troubles trophiques engendrés par la névrite. La section de toutes les veines superficielles remédie à l'insuffisance de la saphène en empêchant la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les eapillaires de la jambe. On transforme ainsi des varices à grande tension en varices à faible tension, e'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien ou mieux tolérées.

Cette opération est plus radicale que la résection de la saphène, ear elle s'adresse à tous les trones veineux. La résection des nerfs saphènes interne et externe ne présente aucun ineonvénient, le maintien de la sensibilité étant assuré par les nerfs perforants. Elle présente donc toutes les garanties d'un succès que n'a de raison de compromettre aucune menaee de récidive.

Le résultat obtenu par une seule incision supérieure étant, au point de vue des modifications apportées à la circulation et à l'innervation du membre, identique à celui donné par les deux incisions de Moreschi, nous conseillons de s'en tenir au proeédé de Mariani ou de P. Reclus.

Il va sans dire que cette opération peut être combinée avec le grattage de l'ulcère, les greffes dermo-épidermiques, au besoin la résection des troncs veineux volumineux. Chaque cas fournit à cet égard des indications partieulières.

Quoi qu'il en soit, l'incision circonférentielle est remarquable par la rapidité avec laquelle elle amène la cieatrisation de l'ulcère. Elle n'est comparable, sur ce point, à aucune autre des méthodes de traitement par les topiques. Elle aurait aussi, au dire de ses auteurs, comme supériorité, celle d'être radicale et de ne comporter jamais de récidive. Mais, pour admettre sans réserves cette opinion, il faut que des faits en plus grand nombre, et suivis plus longuement que ceux consignés dans la thèse inaugurale de M. le Dr Durand et les travaux de l'école chirurgicale italienne, viennent en établir l'autorité indiscutable et permettent de porter un jugement définitif sur une intervention, dont on ne peut s'empêcher d'admirer l'ingéniosité et la simplicité.

La lécithine chez le vieillard.

D'après la thèse de M. le Dr *Ariés*, de Paris, la lécithine est indiquée dans tous les cas où on doit combattre la dénutrition.

Chez le vieillard, en particulier, la lécithine donne de très bons résultats, aussi bien au point de vue de l'amélioration de l'état général qu'à celui des modifications apportées dans diverses affections de la vieillesse. Elle est précieuse dans la convalescence de ces diverses affections pour rendre à l'organisme usé une vitalité nouvelle. Elle a une heureuse influence sur certains troubles de dénutrition (esearres). Son action diurétique, chez le vieillard du moins, est à signaler.

Ce médicament n'a d'ailleurs aucun inconvénient pris aux doses habituelles ; il n'est toxique à aucune dose.

L'examen des urines a révélé, dans la plupart des cas, les modifications suivantes, dans les

---

chirurgien en défaut, pour un temps limité et même pour toujours en cas de seconde récidive (1).

TITRE TROISIÈME. — *Caisse des femmes veuves des membres du Collège de santé.*

Art. 1. — Il sera formé dans chaque Collège une caisse sous le nom de *Caisse des veuves*, dont les fonds seront destinés à assurer une ressource aux femmes des membres du Collège de santé lorsqu'ils viendront à mourir (2).

Art. 2. — Pour former et alimenter cette caisse de manière que les dites veuves puissent recevoir dès la troisième année au plus tard à dater de l'établissement des dits collèges le premier dividende, il sera payé par chaque citoyen, pour être admis à exercer une des parties de l'art de guérir, après avoir fait connaître la validité de ses titres, la somme de quarante francs dans le Collège des villes départementales et la somme de trente francs dans ceux des villes de districts.

Art. 3. — Ceux qui seront reçus au Collège de santé trois mois après son installation payeront 100 francs pour leur admission dans les villes départementales, et 75 francs dans les autres. Toutes les admissions futures seront payées sur le même taux.

(1) Je sens que cet article rencontrera beaucoup d'opposants ; mais avec un peu de réflexion on en sentira la grande nécessité. Si l'on veut mettre la santé et la vie des hommes à l'abri de l'ignorance, des faux systèmes ou des caprices (*Note de l'auteur*).

(2) L'établissement de cette caisse mettra au moins à l'abri de l'indigence les veuves des gens de l'art estimables qui, pendant leur vie, ont été plus occupés de leur art que de leur fortune. Ces établissements existent dans plusieurs villes d'Allemagne ou d'Italie. (*Note de l'auteur*).

Art. 4. — Il sera de plus versé annuellement dans la caisse des veuves, par chaque membre du Collège la somme de 50 francs dans les villes départementales et 40 francs dans les autres villes (1).

Art. 5. — Le Surveillant de santé, faisant aussi les fonctions de secrétaire et de caissier, sera tenu de donner une caution de huit mille francs dans les villes départementales et de six mille francs dans les villes de districts.

Art. 6. — Le Surveillant de santé sera chargé de toute la comptabilité, sous la surveillance et la responsabilité du président et des assesseurs du Collège de santé. Ils seront obligés tous les ans, dans le courant de vendémiaire, de présenter leurs comptes, dépenses et emplois : premièrement à tous les membres du Collège de santé par une circulaire ; ensuite au préfet du département qui les visera ou refusera. Dans aucun cas les dépenses du Collège ne pourront excéder le quart de la recette.

Art. 7. — La caisse des veuves sera de plus alimentée par les amendes auxquelles seront condamnées les personnes qui seront convaincues d'avoir exercé une des parties de l'art de guérir sans être inscrites dans le Collège de santé. Ceux qui obtiendront du Directoire du Collège de santé des permissions pour la vente d'un spécifique, payeront pour cette permission une somme qui sera fixée par le Directoire. Ils fixeront aussi une somme annuelle à la caisse des veuves par les vendeurs de spécifiques, aussi longtemps qu'ils voudront jouir de cette permission. Le Directoire restreindra les annonces

(1) En établissant ce droit, il faudrait abolir celui des patentes, au moins pour les médecins et chirurgiens. On pourrait le laisser subsister pour les apothicaires, comme pouvant faire travailler plusieurs individus (*Note de l'auteur*).

échanges organiques sous l'influence de la lécithine :

Augmentation de l'urée, de l'azote total urinaire et du coefficient d'utilisation azotée ;

Diminution de l'acide urique ;

Relèvement très marqué de l'acidité urinaire.

Contrairement à l'opinion admise généralement, l'élimination des phosphates semble augmenter sous l'influence de la lécithine, chez les vieillards tout au moins.

La dose active de lécithine est de 30 centigrammes en moyenne par jour pour la voie gastrique, et de 5 à 10 centigrammes tous les jours ou tous les deux jours pour la voie hypodermique.

Ces deux modes d'administration ont d'ailleurs donné les mêmes bons résultats.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale.

M. le Dr *Rosenthal*, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude de l'amygdale linguale et de son hypertrophie.

« Il existe à la base de la langue, dit-il, une série de glandes folliculeuses, placées directement sous la muqueuse. Ces glandes présentent une texture anatomique analogue à celle des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée. C'est ce qui a engagé à donner le nom d'amygdale linguale ou quatrième amygdale, à l'ensemble de ces glandes folliculeuses.

Cette amygdale est sujette à une affection lui appartenant en propre : l'hypertrophie des tissus concourant à sa formation.

Cette hypertrophie, qui présente une étiologie des plus complexes, est plus souvent constatée chez l'adulte que chez l'adolescent, quoique ce soit chez ce dernier qu'elle présente son maximum d'évolution.

Elle est caractérisée par deux sortes de phénomènes : les uns objectifs, constatables au laryngoscope : les autres, subjectifs, fonctionnels ou réflexes, sensation de corps étranger, nausées, troubles de la phonation, etc., pouvant acquérir un certain degré de gravité et donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

Le traitement s'adresse directement à la partie hypertrophiée, et a pour but, sinon la destruction, du moins la réduction de la partie hypertrophiée.

Le traitement de choix est, soit la galvano-cautérisation, soit le morcellement : ce dernier, de préférence, dans les hypertrophies considérables.

On peut, d'ailleurs, combiner les deux modes, pour hâter la guérison.

La destruction de l'hypertrophie devra être faite en plusieurs séances, suivant le degré qu'elle a atteint.

Dans le cas de coïncidence de diathèse, il sera utile de combattre cette diathèse par un traitement approprié, ce qui hâte toujours la guérison de l'hypertrophie. »

CLINIQUE MÉDICALE

I

Les prédisposés à la tuberculose

Le professeur Landouzy a pris pour sujet d'une récente leçon clinique, à l'hôpital Laënnec,

des vertus de ces spécifiques à ce que la nature, la raison et nos connaissances peuvent permettre d'en espérer.

Art. 8. — Après que les dépenses du Directoire du Collège de santé, celles du surveillant et du garçon de bureau et autres menus frais seront prélevés et qui, comme il est dit à l'article 6e du présent titre, ne pourront surpasser le quart de la recette, le surplus sera distribué, suivant le compte qu'il en aura été rendu, à tous les membres du Collège, ainsi qu'au préfet, par parties égales à toutes les veuves des membres du Collège de santé de leur arrondissement. Ces distributions se feront tous les ans aux dites veuves dans le courant de brumaire.

Art. 9. — Sont abolies, par la présente loi, toutes les dispositions contraires, ainsi que tous les collèges antérieurs ou corporations de médecins, de chirurgiens ou d'apothicaires. La présente loi ne concerne en rien l'enseignement de l'art de guérir dans les Écoles de santé, qui aura toujours lieu suivant leurs statuts et règlements.

OBSERVATIONS

Si l'on désire ajouter à la loi une taxe pour les honoraires des médecins et chirurgiens, voici celle que je crois raisonnable pour les médecins. Je laisse à d'autres le soin de présenter celle pour les chirurgiens.

Taxe des honoraires que les médecins peuvent exiger :

Dans les villes départementales :

La première visite	6 fr.
Les suivantes jusqu'au nombre de 100	3 fr.
Les visites qui passeront le nombre de 100	2
Une première consultation	12
Les consultations suivantes	6
Un relevé de nuit	12

Il n'y a point de taxe pour les consultations ou directions par écrit, on doit en convenir à l'amiable.

Dans les villes de districts la taxe sera un tiers de moins.

Dans les autres villes et les campagnes la taxe sera un tiers de la moitié des villes départementales ; on s'arrangera à l'amiable pour la distance de plus d'une demi-lieue.

Les personnes qui prétendront avoir droit à un rabais, à raison de leur peu de facultés ou parce qu'elles seraient surchargées d'une nombreuse famille, si elles ne peuvent s'accorder avec le médecin, elles présenteront un certificat de leur municipalité au Directoire du Collège de santé qui taxera le mémoire après avoir entendu le médecin demandeur. Pour un certificat d'indigence accordé par la municipalité, visé par le comité de bienfaisance, le médecin ne pourra rien exiger, et il perdra le prix de ses soins.

Paris, le 20 pluviôse an IX

VAUME.

Médecin, rue Montmartre, vis-à-vis la fontaine.

Le présent projet de loi ne doit être considéré que comme un aperçu ; mais si les bases en pouvaient être adoptées et qu'on voulût me le faire savoir, je donnerais volontiers à mon projet toute l'extension dont il est susceptible ; ma récompense sera dans ma satisfaction de m'être rendu utile à mes semblables.

VAUME.

l'étude des conditions prédisposantes à la tuberculose. Je voudrais retenir votre attention, dit-il, sur une jeune malade âgée de 25 ans, femme de chambre à Paris, entrée dernièrement dans notre service, salle Broca. Elle se présente avec un facies de cire pâle, elle est essoufflée, fatiguée, aménorrhéique : elle offre, en résumé, le tableau classique de la chlorose et ce diagnostic pourrait, à première vue, être accepté. Cependant, aujourd'hui, son apparence est quelque peu modifiée, ses joues sont légèrement colorées, ses conjonctives injectées. Une telle transformation est le résultat de mon intervention ; je lui ai donné dans un but particulier sur lequel je reviendrai tout à l'heure, de l'iodure de potassium à petites doses.

Vous connaissez, ajoute M. Landouzy, mon opinion sur la chlorose. Les troubles de la santé rangés sous cette étiquette ont selon moi une origine spéciale. Je prétends qu'ils sont dûs à des lésions généralement infectieuses, à une néphrite, à la syphilis, à un ulcère simple et à la tuberculose pulmonaire surtout. Je ne crois pas à la chlorose idiopathique et notre malade est singulièrement logée à cette enseigne, car elle a souffert de crises douloureuses gastriques, de dyspepsie, d'hématémèses et de selles sanglantes noires, d'ulcère stomacal par conséquent.

Mais il y a plus, c'est une tuberculeuse. A son arrivée, les phénomènes stéthoscopiques, bien que très suspects, n'étaient pas absolument concluants. C'est pourquoi je lui ai fait prendre pendant quelques jours des doses faibles d'iodure de potassium. Vous en connaissez les propriétés nettement vaso-dilatatrices. Au point de vue qui nous intéresse ici, il a pour effet de faire saillir immédiatement les lésions légères des organes respiratoires. J'ai montré que, donné à des individus suspects de bacillose, l'iodure de potassium transformait les doutes ou les probabilités en certitude, constituant ainsi un excellent moyen de grossir momentanément les altérations morbides du poumon. En vertu de son action élective sur les petits vaisseaux, ce médicament congestionne les bronches et la circulation pulmonaire, exagérant le catarrhe laryngo-bronchique, rendant aisée la perception de signes d'auscultation sans cela mal définis, et faisant apparaître même les bacilles dans l'expectoration. Cette méthode que j'emploie depuis de longues années m'a très souvent réussi et est absolument exempte de tout danger. Il arrive presque quotidiennement, à propos d'une circonstance quelconque, conseil de révision, mariage, ou autre, d'avoir besoin d'être rapidement fixé sur le diagnostic d'une affection pulmonaire. Chez notre jeune patiente, l'iodure de potassium a confirmé pleinement nos soupçons de bacillose.

Comment la malade est-elle devenue tuberculeuse ? Sa profession d'abord a joué un certain rôle. Elle était placée, cependant, dans une excellente famille et au milieu de conditions *en apparence* bonnes, bien nourrie et habitant une maison qui réunit, dit-on, tout le confortable moderne. Mais, messieurs, je me hâte de vous présenter le revers de la médaille. Quelle est la situation d'un domestique dans de telles maisons ? Ces beaux immeubles des quartiers riches que réservent-ils à leurs locataires ? Aux maîtres de beaux salons, sans doute, et aux domestiques... une cuisine, sans air et sans lumière, un office étroit où se remuent toutes les poussières de l'appartement et, la nuit, c'est encore pis, une chambre au 5e ou 6e étage, froide, rarement visitée par le soleil, où le cubage d'air ne suffirait pas à un enfant. Et c'est là que de pauvres bonnes fuyant la campagne viennent se « reposer » des fatigues de leurs journées !

Notre jeune femme de chambre présente autre chose encore, une plus réelle et plus sérieuse prédisposition à la tuberculose. Si vous examinez son cou, vous y constatez la présence d'une cicatrice longitudinale médiane, indice d'une trachéotomie antérieure. Cette cicatrice est profonde, adhérente aux tissus sous-jacents, comme le prouve la dépression plus accusée pendant les mouvements de déglutition. La malade a subi, effectivement, l'opération de l'ouverture trachéale dans son jeune âge pour croup diphtéritique laryngien. Trachéotomisée à 9 ans elle a gardé sa canule pendant 10 ou 12 mois. A ce moment se place une assez longue période de bonne santé. A 19 ans, cette jeune fille quitte le couvent où on l'élevait et entre a l'hôpital Saint-Joseph pour des phénomènes d'ulcère de l'estomac. Je suis de ceux qui pensent que l'ulcus simplex stomacal n'est pas sans relation avec la tuberculose. Il est entendu et on m'accuse volontiers de trouver de la tuberculose et de la syphilis partout. C'est parfaitement exact, mais lorsque je regarde en arrière j'ai la satisfaction de voir mes opinions antérieures confirmées et paraître même actuellement plutôt timides après avoir semblé avancées. Il en a été ainsi lorsque j'ai classé dans la tuberculose les adénopathies ganglionnaires et les pleurésies dites *a frigore*. Dans un semblable ordre d'idées je me demande aujourd'hui si l'ulcère stomacal n'est pas souvent la première étape d'une infection tuberculeuse.

Revenons à notre malade. Les troubles caractéristiques de l'ulcus simplex firent place, chez elle, à des symptômes de chlorose, essoufflement, toux légère, facies pâle et verdâtre, aménorrhée. Je ne crois pas que la suppression des règles soit l'indice d'une grossesse sous roche. Assurément, en pareille circonstance, il faut toujours y songer, sous peine de surprise, et sans porter la suspicion chez les vierges c'est une bonne chose de ne pas se laisser tromper par des apparences virginales. Il s'agit, dans notre cas, nous l'avons vu, d'une pseudo-chlorose masquant une tuberculose.

Je désire, à ce propos, retenir votre attention sur le rôle joué par la trachéotomie dans l'étiologie de la bacillose pulmonaire. En 1888, dans un travail intitulé : « Des terrains humains dans leurs rapports avec la tuberculose » j'ai étudié assez longuement les prédispositions innées ou acquises à cette maladie. J'y indiquais, comme favorables au développement des tubercules, les trois conditions principales suivantes :

1° L'apparence physique que, par mesure de consolation, je qualifiais de blond vénitien ;

2° Les sujets ayant été atteints de variole ;

3° Les trachéotomisés.

Dans une enquête faite dans les hôpitaux, j'avais trouvé à l'état d'exception les individus porteurs de cicatrices trachéales datant de l'enfance. Les rares trachéotomisés qu'il m'avait été donné de rencontrer avaient pour la plupart

subi leurs opérations à l'âge adulte pour une sténose laryngée syphilitique ou des laryngotyphus — affection presque introuvable de nos jours, mais qui s'observait quelquefois jadis dans le cours des cruelles épidémies de fièvre typhoïde que nous subissions.

Mes recherches furent poursuivies dans les conseils de revision, étape où nous sommes certains de retrouver nos anciens malades s'ils vivent encore; la même rareté fut notée. Je signalai alors la prédisposition des trachéotomisés à la tuberculose. Il est facile, d'ailleurs, d'en comprendre le mécanisme. Si nous prenions les larynx de tels sujets, nous y verrions une muqueuse lisse, dégénérée, cicatricielle au lieu d'un endothélium normal protecteur. Placés au milieu des poussières bacillifères des grandes villes, les individus en question ne sont plus protégés par l'épithélium des organes respiratoires supérieurs. Les trachéotomisés sont comme les varioleux de l'enfance : bien peu arrivent à l'âge d'homme.

Depuis 1888, j'ai continué mon enquête et tout ce que j'ai vu a confirmé mon opinion. Au risque de passer pour quelque peu atteint de manie, j'examine tous les cous que je rencontre, à l'hôpital, dans mes consultations, partout. J'ai trouvé au total 12 sujets porteurs de cicatrices trachéales (elles sont donc rares) et sur ce nombre 12 étaient... tuberculeux. Un seul a survécu !

De tout ceci, deux conclusions sont à tirer :

1° Evitez le plus possible de faire la trachéotomie dans l'enfance. Le médecin possède contre les troubles asphyxiques de l'angine diphtérique une méthode plus simple et infiniment moins dangereuse, le tubage. Celui-ci est le procédé de choix et la trachéotomie le procédé de nécessité. A une époque où la diphtérie faisait rage dans nos hôpitaux d'enfants, j'ai pratiqué consécutivement plus de 300 trachéotomies ; eh bien ! en dépit d'une longue habitude je ne connais pas d'opération plus troublante, plus pleine de difficultés et d'imprévu. Archambaut, qui cependant l'avait exécutée des milliers de fois, disait ne jamais la commencer sans crainte. Tout au plus donnait-elle, d'ailleurs, 1 succès sur 5. C'est dire l'immense progrès réalisé par le tubage. M. Landouzy fait un chaleureux plaidoyer en faveur de ce dernier.

2° Si la trachéotomie devait être pratiquée par nécessité, il faudrait, une fois l'enfant guéri, prendre garde à ses conséquences, à la prédisposition qu'elle crée à la tuberculose. Tout sujet porteur d'une cicatrice trachéale doit éviter rigoureusement la contagion et être élevé à la campagne, au grand air, loin des foyers bacillifères des grandes villes. Il fera mieux même d'y passer son existence entière.

II

Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis.

Il y a deux ans, dans une série de leçons publiées par le *Concours médical*, (1) le professeur Fournier a étudié la valeur des injections hypodermiques de préparations mercurielles diverses dans le traitement de la syphilis. Il y indiquait la technique, l'action et les résultats de cette importante méthode thérapeutique. M. Fournier vient de reprendre, à l'hôpital Saint-Louis, le même sujet s'attachant plus particulièrement à l'injection insoluble de calomel. Nous nous contenterons de développer les quelques aperçus nouveaux de ses récentes leçons.

Le véritable point noir de l'injection de calomel, c'est la douleur. Très tolérable pour les uns, elle est pour les autres abominable. De plus, il est impossible de savoir d'avance comment la piqûre sera supportée. Aussi, la médication par les injections de calomel doit-elle s'adresser à des cas déterminés et, chez nombre de malades, être employée avec ménagements ou supprimée totalement lorsque les phénomènes d'intolérance persistent.

M. Fournier signale plusieurs autres accidents exceptionnels il est vrai, de l'injection calomélique :

1° L'embolie pulmonaire. Elle est très rare, mais non niable. Voici comment les choses se passent. Au moment de la piqûre, le malade ressent une vive douleur thoracique, un point de côté accompagné d'angoisse et de dyspnée. Cela peut se dissiper au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, ou quelquefois persister, et le lendemain on constate une expectoration sanguinolente, un petit foyer de râles. Après 4 à 5 jours, la guérison se produit ; jusqu'à présent on n'a pas eu d'exemple mortel à enregistrer. A quoi sont dus ces troubles morbides ? Pour les uns ils dépendent du médicament lui-même : Moller a fait chez le chien des injections de mercure et il a trouvé des petites embolies pulmonaires constituées par ce métal. Pour d'autres, la cause réside dans l'huile ; un de nos collègues, s'appuyant sur cette hypothèse, a substitué l'eau à l'huile comme excipient.

2° L'hématome. Accident également peu fréquent. Il y a lieu d'être étonné de trouver aussi rarement des hémorrhagies, car l'aiguille pénètre loin, à 5 ou 6 centimètres dans la profondeur, dans une région où existent des vaisseaux énormes. On a signalé l'hématome deux fois seulement. La fesse, après l'injection, est devenue volumineuse, la peau noire comme de l'encre. Les téguments se sont sphacélés sur la largeur d'une paume de main. Il est aussi très rare de voir le sang couler après la piqûre. L'hémorrhagie secondaire, par contre, a été observée. Chez une femme, M. Fournier a vu, le 4e jour après l'injection, un suintement sanguin sourdre du point où l'aiguille avait pénétré. Toutes les 4 ou 5 minutes il s'écoulait quelques gouttes de sang. Cette petite hémorrhagie fut impossible à arrêter mais cessa spontanément. De tels ennuis seront évités en s'éloignant du centre de la fesse où siègent les gros vaisseaux.

3° Les sciatiques, névrites et troubles trophiques succédant à l'injection calomélique ; ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Etant donnés les multiples inconvénients, la douleur surtout, de la médication par le calomel, celle-ci ne doit constituer qu'un traitement occasionnel. C'est une méthode non pas d'exception mais d'indications. On a dit qu'il convenait de s'y adresser dans toutes les lésions graves. Ceci est trop vague. Il faut préciser les accidents que le calomel guérit mieux que les autres modes d'administration du mercure.

(1) *Concours médical*, année 1900, nos 39 et suivants.

Son emploi est indiqué contre :

Le phagédénisme chancreux ;

Les syphilides malignes précoces ;

Les manifestations cutanées tuberculo-ulcéreuses ;

Le phagédénisme tertiaire.

Il fait merveille dans trois ordres d'accidents syphilitiques.

1e Les syphilides palmaires ;

2o Les laryngopathies tertiaires ;

3o Les lésions de la langue, glossites scléreuses, sclérogommeuses, la glossite dépapillante si tenace et qui n'a pas d'âge. C'est surtout le triomphe des laryngopathies tertiaires et le traitement de la langue par excellence.

Leçons recueillies par le Dr P. Lacroix.

OTOLOGIE

Un cas d'épilepsie jacksonienne résultant d'une affection d'oreille

Par le Dr De Champeaux (de Lorient).
Membre de la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Tous les médecins se rappellent la communication si intéressante faite par M. le Professeur Dieulafoy à la séance de l'Académie de médecine du 22 octobre dernier : chez un sujet mort après avoir présenté des signes d'épilepsie jacksonienne à droite, on ne trouve à l'autopsie rien du côté des centres moteurs ni de l'hémisphère cérébral gauche, mais une tumeur syphilitique gommeuse située dans la région frontale antérieure du cerveau à gauche. Partant de là, le professeur Dieulafoy battait en brèche la théorie des localisations cérébrales.

Chacun se souvient également de la réponse des Professeurs Pitres et Lucas-Championnière, et surtout l'exposé si remarquable de ce dernier sur les causes et les caractères de l'épilepsie jacksonienne.

Cette discussion me rappelle un cas remarquable que j'ai eu l'occasion d'observer il y a quelques mois ; je ne pouvais certainement pas mieux choisir le moment pour le publier.

Le sieur L... (de Guéméné-sur-Scorff), âgé de seize ans, m'est adressé au mois d'avril dernier par mon excellent confrère le Dr Richard, qui le soignait depuis deux à trois mois pour un écoulement d'oreille ; ce praticien désirait savoir mon avis sur la cause de cette maladie et en même temps sur l'état cérébral de ce jeune homme qui présentait, comme nous allons le voir tout à l'heure, un caractère particulier.

A l'inspection de l'oreille gauche, siège de l'écoulement, je constate d'abord une suppuration très abondante, puis, après lavage et nettoyage, un polype volumineux étalé sur le fond du conduit, le remplissant presque complètement, impossible à enlever avec le polypotome. — Le sieur L... présente en outre des adénoïdes volumineuses, des amygdales très hypertrophiées ; l'oreille droite est un peu scléreuse et doit subir de temps en temps des poussées aiguës jusqu'à ce qu'elle suppure à son tour.

Mais ce qu'offre L... d'extraordinaire, ce sont des troubles cérébraux bizarres si prononcés depuis quelque temps qu'il ne peut plus exercer son métier de maçon ; il lui est presque impossible de rester en place ; il est continuellement en mouvement ; il a de la peine à garder son équilibre et trébuche à chaque pas ; l'intelligence (assez bornée d'ailleurs de tout temps) est conservée, mais il bredouille un peu en parlant.

De plus, il présente du côté droit quelques mouvements convulsifs plus apparents quand il est assis et qu'on veut le faire rester tranquille pour l'examiner au spéculum ; la figure grimace à droite et la commissure droite est attirée en dehors ; le bras droit va de ci de là, la jambe droite frappe le sol par intermittences ; bref, il offre à ce moment tous les caractères d'une épilepsie jacksonienne située à droite, et dépendant probablement d'une lésion de l'hémisphère cérébral gauche.

Tout en faisant mes réserves sur la nature de la lésion (que rien n'indiquait), je soupçonne cependant une corrélation entre les signes d'épilepsie jacksonienne à droite et l'affection de l'oreille à gauche ; vu la coïncidence il y avait au moins présomption.

Comme le malade ne pouvait rester à Lorient et devait retourner chez lui, je prie le Dr Richard de cautériser le fond de l'oreille à l'acide lactique ou au perchlorure de fer et de lui faire prendre des bains d'oreille à l'alcool à 95° (procédé d'Hermet) (1) ; je sais d'ailleurs qu'il est en bonnes mains.

Le jeune homme revient le 10 mai ; le polype a disparu ; il reste au fond du conduit quelque chose de mobile que j'enlève à la pince et qui semble être un petit séquestre : tout le fond du conduit, encore rouge et fongueux, est touché à la solution mentho-phénol cocaïnée de Bonain, et on panse à la gaze iodoformée.

Le malade pouvait séjourner pendant quelque temps à Lorient, je fais le curetage des adénoïdes le 14 mai et je continue le traitement pendant les jours suivants ; mais les fongosités se reproduisent et le 22 je suis obligé de faire un râclage du fond de l'oreille et je sens avec la curette une surface osseuse rugueuse qui doit être un point carié ; je ne pousse pas le râclage trop loin, le promontoire étant comme on le sait un endroit dangereux ; et l'oreille interne, vu les troubles de l'équilibre, n'étant pas tout à fait indemne.

La suppuration, tout en étant peu considérable, continue cependant toujours et le point rugueux est perceptible au stylet.

Il faut ajouter que l'état général s'améliore à mesure que la suppuration diminue ; l'agitation est moins grande, les mouvements convulsifs sont moins forts, on peut l'examiner plus facilement.

Le 30 mai je suis obligé de le laisser partir chez lui ; mais je recommande au Dr Richard de lui commencer le traitement à l'acide picrique suivant la méthode du Dr Lacroix (2) qui m'a déjà réussi plusieurs fois dans les cas de carie osseuse de l'oreille.

Le malade ne revient que le 5 juillet, il est complètement transformé au point de vue local et général : du côté de l'oreille, le fond du conduit est sec, sclérosé, avec quelques traces de polype flétri ; il entend la montre au contact. –

(1) Hermet. — Traité des maladies des oreilles chez les enfants.

(2) Voir *Archives d'otologie et de laryngologie*, 1897, page 660.

Au point de vue général, il n'est plus le même : la démarche est bonne, l'agitation, les mouvements ont disparu, il n'y a plus de signes d'épilepsie jacksonienne ; le malade déclare qu'il n'est plus le même ; il a pu reprendre son métier de maçon et court sur les échafaudages.

A quoi étaient dus les symptômes d'épilepsie jacksonienne que présentait notre malade ? Il est évident qu'il n'y avait aucune tumeur cérébrale ni aucun abcès soit dans les hémisphères, soit au niveau des centres moteurs, soit dans les méninges, pouvant agir par compression ou autrement, puisque sans traitement interne, sans aucune espèce de trépanation, les accidents ont disparu complètement.

Mais il y avait l'oreille : une suppuration datant de longtemps, un point osseux dénudé, un polype volumineux, en un mot une source d'infection suffisante pour causer les lésions à distance. Ces troubles cérébraux étaient certainement dus à l'irritation des méninges, à l'irritation des centres moteurs ; cette irritation résultait de la propagation à l'encéphale de l'inflammation de l'oreille moyenne par la voie des canaux lymphatiques et vasculaires qui traversent le toit de la caisse. D'ailleurs, l'oreille interne était elle-même prise vu les troubles de l'équilibre que présentait notre malade. Les lésions irritatives de l'encéphale étaient analogues à celles dont parle le Professeur Lucas-Championnière (1).

On a créé dans la littérature médicale un nouveau mot pour désigner de tels symptômes, c'est le mot *Méningisme* ; on le trouve assez souvent dans les affections de l'oreille. On désigne sous le nom de méningisme l'ensemble des accidents cérébraux qui peuvent se montrer à la suite de lésions situées dans le voisinage de l'encéphale, accidents qui disparaissent avec la guérison de ces lésions.

Nous avions affaire dans notre cas à du méningisme ; mais rien ne pouvait nous assurer qu'il en était ainsi.

C'est la troisième fois depuis que je m'occupe des affections de l'oreille que j'ai affaire à de l'épilepsie jacksonienne, conséquence des maladies de cette région ; les deux premiers cas m'ont permis de diagnostiquer presque à coup sûr des abcès cérébraux : l'un n'a pu être opéré pour des raisons indépendantes de ma volonté, mais à l'autopsie on a trouvé un abcès cérébral dans le lobe temporal gauche, endroit classique ; — l'autre a été opéré *in extremis*, mais l'abcès (qui devait dater de plusieurs mois, car je le soignais depuis longtemps pour une suppuration d'oreille) était tellement volumineux, qu'au moment de la mort il avait fusé dans le ventricule latéral, puis dans le canal vertébral ; c'est à l'autopsie qu'on a constaté l'étendue des lésions.

Je n'étais donc pas sans inquiétude au sujet de notre homme ; la suite heureusement m'a donné tort, en montrant que mes craintes n'étaient pas fondées et que nous n'avions affaire qu'à des lésions irritatives.

(1) Voir le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 15 novembre, page 479.

La responsabilité dans les accidents du travail. Exemple de difficulté.

Par le Dr Courgey (d'Ivry).

P..., célibataire, 33 ans, habitant I... (Seine), rue de B..., ne présente rien de particulier, dit-il, au point de vue de l'hérédité, ni rien dans son enfance au point de vue pathologique.

A l'âge de 30 ans, il eut un écoulement de l'oreille droite compliqué d'une mastoïdite. L'abcès fut opéré sous le chloroforme à Lariboisière. La guérison fut complète, paraît-il, et dans les 3 années qui suivirent l'opération et précédèrent l'accident dont nous allons parler, P... n'aurait eu ni vertiges, ni malaises, et aurait joui d'une bonne santé.

Le 28 septembre, dit-il, il tomba d'un poteau électrique d'une hauteur de 7 mètres environ et se fit une fracture de la voûte et de la base du crâne, à droite, fractures de différentes côtes, etc. Admis d'urgence à l'hospice d'I..., il resta pendant quatre jours dans le coma. On n'espérait point sa guérison, mais la connaissance lui revint et son état s'améliora.

Le 31 octobre 1901, le blessé allait aussi bien que possible ; il avait recouvré en grande partie ses facultés intellectuelles ; les mouvements au lit paraissaient normaux encore, quelque peu gênés par les côtes fracturées.

On voit et on sent, faisant saillie sous la peau, le cal de la fracture de la voûte du crâne s'étendant de la partie supérieure *du frontal*, en demi-cercle, jusqu'à la partie postérieure de l'occipital.

Le 28 novembre 1901, nous visitons de nouveau le blessé. Il se levait déjà depuis quelque temps. Dès le premier jour qu'il a essayé de se lever il a été pris de vertiges avec titubation.

Aujourd'hui il parle, raisonne, se meut et se promène hors des salles pendant une demi-heure ou une heure, quand il fait beau.

Il ne souffre plus des côtes fracturées ni d'autre part. Les forces musculaires sont presque normales, mais les facultés intellectuelles laissent à désirer. Il y a un affaiblissement marqué de la mémoire et de courts instants d'excitation cérébrale avec langage précipité et des mots grossiers. La stabilité n'est pas assurée à cause des vertiges cérébraux et il y a de la titubation, Légère surdité à droite par suite de lésion du nerf de la 8e paire. Pas d'autres troubles fonctionnels.

A la fin de décembre 1901, la situation est sensiblement la même. La mémoire est meilleure, mais les crises de vertige ont un peu augmenté d'intensité. Cependant, quand on fait marcher le blessé, il se met en mouvement brusquement, d'une allure décidée, mais, tout en se tenant en équilibre, il vacille légèrement à droite ou à gauche, sans grands gestes, sans projection marquée des bras ni des jambes, sans frapper beaucoup du talon. Il se dirige convenablement, maître de ses mouvements, mais reste maladroit de ses bras et de ses jambes. Il ne saurait se livrer à un travail régulier et sérieux, tout en pouvant cependant vaquer aujourd'hui à de menues occupations : frottage, balayage, etc. Les vertiges ne sont point accompagnés de maux de tête, quoique le blessé dise en avoir de temps à autre. Il est adressé le 8 janvier 1902, à l'hôpital

Lariboisière dans le service où il a été opéré il y a 3 ans de l'abcès mastoïdien. On ne se prononce point sur les rapports possibles entre les accidents anciens et les nouveaux consécutifs à la chute, et le 15 janvier il rentre à l'hospice d'I...

Le 23 janvier 1902, nous l'examinons de nouveau attentivement.

Les médecins de l'hospice d'I..., comme ceux de Lariboisière, n'osent rien affirmer au sujet des rapports pouvant exister entre la mastoïdite ancienne et les vertiges actuels. Il s'agirait pour eux de méningisme et de phénomènes cérébelleux. Le blessé titube toujours en marchant, mais sans prédominance d'un côté ou de l'autre, sans impulsions exagérées, sans éprouver le besoin de marcher, sans gesticulations. Les facultés intellectuelles sont les mêmes qu'avant l'accident. La surdité persiste, mais assez légère. Le cal de la fracture de la voûte, à droite, propagée à la base, est toujours très saillant, maux de tête intermittents, assez fréquents, mais peu accentués. N'a jamais eu d'embarras de la parole qu'au début quand il faisait des efforts de mémoire. Il ne peut vaquer à des occupations sérieuses, paraît devenir triste et préoccupé de son état.

On avait essayé le traitement par les injections de pilocarpine à Lariboisière, mais le blessé s'est refusé à le continuer après la 1re injection. Il ne suit actuellement aucun traitement.

Cette observation ouvre le champ à une discussion intéressante. D'abord à quelle lésion du cerveau a-t-on affaire ? Lésions cérébelleuses, disent les uns ; lésions des zones rolandiques, pourront dire d'autres. Il est vrai que le diagnostic d'épilepsie jacksonienne peut être contesté. Nous ne trouvons pas en effet chez notre sujet des attaques épileptiformes ; il y a bilatéralité des symptômes et l'épilepsie jacksonienne bilatérale est exceptionnelle ; nous sommes très éloignés du type jacksonien avec ses crises caractéristiques, mais une maladie quelconque n'offre-t-elle pas des degrés et des formes très éloignés les uns des autres ?

Ici le diagnostic différentiel n'est point facile à établir. Le blessé a de la brusquerie dans les mouvements ; il frappe bien légèrement du talon en marchant ; il a de la surdité ; les troubles de l'équilibre sont manifestes, voilà les phénomènes principaux.

Il y a donc de l'irritation des centres nerveux, un état de méningisme qui certainement peut être causé par des lésions avoisinant l'encéphale, mais sont-ce bien les lésions récentes qui déterminent les accidents, ou bien ne serait-ce point le réveil des accidents mastoïdiens anciens qui serait cause des désordres cérébraux ? Car enfin ce blessé n'a plus l'intégrité anatomique de son temporal ; malgré l'absence de malaises depuis la trépanation d'il y a trois ans, ce temporal est dans un état d'infériorité, c'est un *locus minoris resistentiæ*, comme tel sujet à caution, capable de lésions nouvelles, de complications inattendues, susceptibles d'aggraver une situation qui eût été meilleure sans les antécédents.

Il y a certainement, au point de vue de la responsabilité d'un patron, une diminution de cette responsabilité ; il y a lieu par conséquent de faire *la part* de l'accident antérieur ; il n'est pas possible qu'un expert ne tienne point compte de la dépréciation primitive du blessé. Assurément, cette part n'est pas facile à faire ; il est difficile de se prononcer nettement et de dire exactement quel rapport il peut y avoir dans l'espèce entre l'abcès mastoïdien ancien et la fracture nouvelle du crâne, mais qui oserait nier qu'il y en ait un, si mince qu'il soit ? Qui oserait prétendre qu'il est nul ? Pourquoi le méningisme et les phénomènes cérébraux consécutifs à la chute ne seraient-ils pas imputables aux lésions anciennes du rocher aussi bien qu'à la fracture récente ?

La chute existe, soit ! mais pourrait-t-on affirmer qu'elle n'a point été déterminée par un vertige dépendant de l'état du temporal droit du blessé, ou que cet état n'ait point aggravé les conséquences de la chute ?

Quoi qu'il en soit, il y a des conclusions à formuler et nous pensons qus ces conclusions ne doivent pas faire peser sur le patron la responsabilité entière et complète de l'accident, à cause des antécédents. Il y a atténuation de la responsabilité. Qu'en pensent les spécialistes ?

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La révision de la loi Roussel et l'Académie.

M. le Dr Porak a dernièrement fait adopter par l'Académie les conclusions suivantes, dont la teneur renferme toutes les dispositions que nous avons formulées comme désirables dans le projet soumis au Sénat par M. Léon Labbé, après l'étude de la Commission du *Concours médical* :

1° L'allaitement de l'enfant par sa mère, et, à son défaut, par une autre femme, doit être préféré à tout autre mode d'allaitement.

2° Si le lait de femme manque, le lait animal (ânesse, vache, chèvre, etc.), doit constituer la nourriture exclusive du jeune enfant.

3° Tout lait animal doit être donné non contaminé, ou bouilli, ou mieux, stérilisé.

4° Le biberon à tube doit être légalement interdit.

5° Considérant :

Que, pour l'année 1898, 150.000 enfants ont été soumis à la loi du 23 décembre 1874, et que, dans ce nombre, on peut, d'après une statistique de 1895, y compter environ 4.000 enfants de nourrices sur lieu pour le département de la Seine ;

Que ces 4.000 enfants de nourrices sur lieu sont seuls soumis à l'art. 8 de la loi du 23 décembre 1874,

Il y a lieu :

D'ordonner une enquête pour établir les avantages et les inconvénients d'une modification à cet article 8, qui oblige les nourrices sur lieu, par une loi d'exception, à faire allaiter au sein leur enfant s'il n'est pas âgé de sept mois révolus.

6° Considérant :

Que l'allaitement au sein tel que la circulaire du 8 août 1901 de la Préfecture de Police interprète l'art. 8, est dépourvu de garantie sérieuse d'exécution et n'est, d'ailleurs, applicable que dans le département de la Seine,

Il y a lieu :

D'étendre l'inspection médicale instituée par la loi du 23 décembre 1874, non seulement aux nourrices, sevreuses, gardeuses salariées, mais aussi aux parents qui soignent avec ou sans salaire les enfants des nourrices sur lieu et les enfants secourus ;

De soumettre dans tous les départements les nourrices sur lieu et les nourrices à emporter, à leur départ et à leur destination, à un double contrôle médical et administratif.

De soumettre au certificat médical toutes les questions de sa compétence, dont quelques-unes incombent actuellement au certificat administratif et d'astreindre les postulantes à obtenir le certificat médical avant de demander le certificat administratif ;

D'organiser un service de contrôle et d'édicter des pénalités contre les nourrices qui ne se seront pas soumises au double contrôle médical et administratif à leur départ et à leur destination.

7° Considérant :

Que la mortalité des nourrissons est très élevée le premier mois, qu'elle s'abaisse brusquement dès le deuxième mois, qu'elle diminue ensuite graduellement, d'abord peu les deuxième, troisième, quatrième, cinquième mois, puis davantage le sixième et le septième mois, et, enfin, rapidement, du huitième au vingt-quatrième mois,

Il y a lieu :

De prescrire, au point de vue de l'inspection médicale, des visites hebdomadaires pour les enfants âgés d'un mois, des visites semi-mensuelles pour les enfants âgés de deux, trois, quatre et cinq mois, des visites mensuelles pour les enfants âgés de six et sept mois, et d'espacer ensuite les visites régulières qui devront être faites aux nourrissons pendant les deux ans de leur placement, de façon à en fixer le nombre à 24 visites au moins ;

De faire contrôler les registres rédigés aux mairies, se rapportant à la loi du 23 décembre 1874, par les inspecteurs départementaux et par les sous-inspecteurs départementaux, à chacune de leurs tournées.

8° L'assistance médicale gratuite doit être accordée aux nourrissons de parents insolvables.

9° L'assistance judiciaire doit être accordée aux nourrices pour leur permettre de poursuivre la récupération des salaires qui leur sont dus par les parents des nourrissons qu'elles élèvent.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Tribunal civil de Valence (2e Ch.)

AUDIENCE DU 27 DÉCEMBRE 1901.

Présidence de M. CABANE.

MÉDECIN. — HONORAIRES. — APPRÉCIATION.

Les honoraires dus au médecin ne peuvent se fixer d'après des règles uniformes, mais il se crée entre le médecin et le client, dès qu'il fait appel à son intervention, un contrat tacite qui oblige ce dernier à régler sa rétribution suivant l'usage des clients. En dehors de ce premier élément d'appréciation, il en existe d'autres qui dérivent de la gravité de la maladie, du danger que le traitement peut faire courir au malade, de l'étude qu'elle exige, des moyens qu'il faut déployer pour la combattre, du résultat du traitement et enfin, de la situation de fortune du client.

(DOCTEUR ROCHEBLAVE — C. — DE MESLON.)

Ainsi jugé :

Le Tribunal,

Attendu que les honoraires dus au médecin ne peuvent se fixer d'après des règles uniformes, mais qu'il se crée entre le médecin et le client, dès qu'il fait appel à son intervention, un contrat tacite qui oblige ce dernier à régler sa rétribution suivant l'usage des clients ;

Attendu qu'en dehors de ce premier élément d'appréciation, il en existe d'autres qui dérivent de la gravité de la maladie, du danger que le traitement peut faire courir au malade, de l'étude qu'elle exige, des moyens qu'il faut déployer pour la combattre, du résultat du traitement et enfin de la situation de fortune du client ;

Attendu que le docteur Rocheblave a assigné les époux de Meslon en paiement d'une somme de 2.015 fr., représentant le montant de ses honoraires pour soins donnés à la dame de Meslon ;

Attendu que partie de la note d'honoraires produite par le demandeur s'élevant à la somme de 515 fr. a trait à une nuit passée au chevet de la malade et à des visites de jour et de nuit faites au domicile de la dame de Meslon ; qu'elle a été établie conformément au tarif du syndicat médical de la Vallée du Rhône ; qu'elle ne peut donc être l'objet d'aucune critique ;

Attendu que la somme de 1.500 francs formant le surplus de cette même note est relative à une opération dite basiotripsie pratiquée par le docteur Rocheblave, le 29 septembre 1899 ;

Attendu que s'il est constant que cette opération, l'une des plus délicates et des plus difficiles de l'art obstétrical, a pleinement réussi, il apparaît cependant que les prétentions du docteur Rocheblave sont exagérées ; qu'il y a lieu, par suite, en tenant compte de tous les éléments d'appréciation dont il a été fait mention, d'en réduire ce chiffre à 1.000 francs, ce qui porte le montant total des honoraires à 1.515 francs, somme à peu près égale à celle réclamée primitivement par le demandeur dans les pourparlers qui ont eu lieu antérieurement au procès actuel ;

Attendu que les époux de Meslon, sans contester la réalité des faits, refusent toute rétribution au docteur Rocheblave, en alléguant qu'il a commis une faute lourde ; que, par ses agissements au moins imprudents, il a, sans nécessité et contre toutes les règles de son art, pratiqué une opération qui a occasionné la mort de leur premier enfant et exposé la mère elle-même à de graves dangers ;

Que, pour administrer la preuve qui leur incombe ils concluent à une expertise médicale, mais n'apportent aucun élément qui puisse être soumis aux appréciations des experts ; qu'ils prétendent cependant contraindre le docteur Rocheblave à comparaître devant les experts pour leur fournir les explications verbales et leur remettre les relations qu'il a adressées aux docteurs Rivière et Lefour, de Bordeaux ;

Attendu que le docteur Rocheblave qui, dans les pourparlers engagés antérieurement au procès, avait offert dans le but d'une conciliation de s'en rapporter à la décision d'un médecin accoucheur, est en droit de refuser son concours à toutes mesures d'instruction ;

Attendu, d'autre part, qu'il résulte de l'opinion des plus éminents praticiens de l'art obstétrical que pour apprécier l'opportunité de l'opération dite basiotripsie, il est indispensable de connaître le rapport qui existe entre les dimensions du bassin et celles du fœtus ;

Attendu que dans l'expertise sollicitée, l'un des moyens de ces éléments indispensables pour établir cette relation fait défaut et que l'on n'offre même pas de soumettre l'autre élément à l'examen des ex-

perts ; qu'il paraît dès lors certain que la mesure d'instruction sollicitée serait inopérante ;

Attendu, au surplus, que l'opération pratiquée par le docteur Rocheblave a eu lieu en présence de deux de ses collègues dont un au moins d'un commun accord avec l'opérateur en avait reconnu la nécessité; qu'il n'est pas dénié en outre que c'est avec l'assentiment de la famille de Meslon que ladite opération a eu lieu ;

Par ces motifs,

Ouï les avoués des parties, Mᵉ Jacquier, avocat du Barreau de Lyon et celui des mariés de Meslon, M. Rocheblave en ses conclusions motivées ainsi que M. Trouiller, substitut de M. le Procureur de la République ;

Jugeant en matière ordinaire, en premier ressort après en avoir délibéré ;

Sans s'arrêter ni avoir égard à tous autres moyens, fins et conclusions des défendeurs dans lesquels ils seront déclarés non recevables et en tous cas mal fondés ;

Les en déboute ;

Donne acte aux époux de Meslon de ce que le docteur Rocheblave a déclaré à la barre qu'il n'avait actuellement entre les mains aucune lettre du docteur Lefour, de Bordeaux ;

Dit que les époux de Meslon n'ont pu rapporter la preuve de la faute qu'ils imputent au docteur Rocheblave ;

Rejette la mesure d'instruction qu'ils sollicitent comme inopérante;

Condamne conjointement et solidairement les époux de Meslon à payer au docteur Rocheblave la somme de 1.515 francs, représentant le montant de ses honoraires ;

Les condamne aux dépens.

L'affaire Lassallette en Cour de Cassation.

Audience du 13 juillet 1901.

Présidence de M. Lœw, président.

PARTIE CIVILE. — DÉNONCIATEUR. — INTÉRÊT DIRECT. — DÉFAUT DE MOTIFS.

Celui qui a dénoncé un crime ne doit pas seulement, pour être admis à se porter partie civile, établir qu'il a été lésé à l'occasion de ce crime ou qu'il pourra un jour en éprouver un préjudice, mais encore que la lésion dont il souffre est le résultat direct de ce crime par lequel il a été atteint au moment même où il a été commis.

Lorsque la juridiction compétente déclare irrecevable l'intervention de la partie civile, elle doit motiver sa décision et dire en quoi le fait dont se plaint l'intervenant ne pourra être le résultat du crime qu'il prétend avoir été commis par la personne dénoncée. En ne s'expliquant pas sur ce point, le juge du fait viole, par défaut de motifs, l'article 7 de la loi du 20 avril 1810.

Ainsi jugé par la cassation d'un arrêt de la Cour de Pau, du 9 février 1901, au rapport de M. le conseiller Garas, sur la plaidorie de Mᵉ Boivin-Champeaux, et les conclusions de M. l'avocat général Duboin :

La Cour,

Sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation des art. 163 et 135 C. instr. crim. et 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré que Lassallette était sans qualité pour intervenir comme partie civile dans l'information ouverte sur sa dénonciation contre T... et L... et l'a, en conséquence, déclaré non recevable à se pourvoir contre l'ordonnance de non-lieu qui a clôturé cette information ;

Attendu qu'il est constant que la dame Treyeran est décédée dans la nuit du 8 au 9 mai 1897, après une opération pratiquée le 8 par Lassallette ; que l'autopsie à laquelle il a été procédé pour rechercher les causes de la mort et au cours de laquelle les experts commis ont retrouvé dans la cavité péritonéale une pince hémostatique oubliée par l'opérateur, a amené ce dernier à déclarer que la mort était exclusivement due à une hémorragie post-opératoire, résultant du défaut de ligature d'une artère ; que Lassallette a été poursuivi à raison de ce fait et condamné pour homicide par imprudence à deux mois d'emprisonnement, peine qu'il a subie :

Attendu que postérieurement il a adressé une dénonciation au Parquet contre T... et L... qu'il accuse d'avoir empoisonné la dame Treyeran, en lui administrant de la teinture de noix vomique ; que les personnes dénoncées ayant poursuivi Lassallette en dénonciation calomnieuse, il a été, au préalable ouvert contre elles, sous l'inculpation d'empoisonnement, une information clôturée par une ordonnance de non-lieu et au cours de laquelle Lassallette a demandé à introduire en qualité de partie civile.

Attendu que Lassallette, opposant à cette ordonnance, dont il demande la nullité en même temps que celle de la procédure, par ce motif que le juge d'instruction a violé la loi en ne remplissant pas vis-à-vis de lui les obligations auxquelles il était tenu envers une partie civile, légalement constituée, fait dériver son droit à intervenir « de ce qu'il a été lésé par les agissements des empoisonneurs, seuls responsables de la mort de la dame Treyeran, qui ont concerté leur crime de façon à occasionner la mort durant l'opération et à la faire attribuer à l'insuccès de l'opérateur et ont, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, amené la justice à considérer comme cause unique de la mort de la dame Treyeran une imprudence de l'opérateur ;

Attendu que si, à bon droit, l'arrêt attaqué a déclaré en principe que celui qui a dénoncé un crime « ne doit pas seulement, pour être admis à se porter partie civile, établir qu'il a été lésé à l'occasion de ce crime ou qu'il pourra un jour en éprouver un préjudice, mais encore que la lésion dont il souffre est le résultat direct de ce crime, par lequel il a été atteint au moment même où il a été commis » il a omis de répondre aux conclusions de Lassallette rappelées ci-dessus et de faire connaître, pour justifier sa décision, que Lassallette est sans qualité pour intervenir, en quoi le fait dont se plaint ce dernier, tel qu'il est articulé et précisé dans les dites conclusions, ne pourrait être le résultat direct du crime qu'il prétend avoir été commis par T... et par L... ; qu'en s'abstenant de s'expliquer sur ce point l'arrêt a violé par défaut de motifs l'article 7 de la loi du 20 avril 1810 ;

Par ces motifs,

Casse et annule l'arrêt rendu le 9 février 1901 par la Cour d'appel de Pau, Chambre des mises en accusation, et pour être statué à nouveau, conformément à la loi, sur l'opposition formée par Lassallette contre l'ordonnance du juge d'instruction de Pau du 1ᵉʳ décembre 1900.

Renvoie les parties et les pièces de la procédure devant la Cour d'appel de Toulouse, Chambre des mises en accusation, à ce désignée par délibération spéciale en Chambre du Conseil.

Tribunal de paix du canton de Saint-Malo.

AUDIENCE DU 11 DÉCEMBRE 1901.

Entre M. le Dʳ Ronsin, médecin à Paramé, demandeur, présent,

Et M. Edouard Bâlé, entrepreneur de menuiserie demeurant à Dinard, rue Saint-Enogat, défendeur, présent ;

Nous, juge de paix : vu notre jugement interlocutoire du 3 décembre courant,

En conséquence du renvoi ordonné, avons rendu le jugement suivant :

Attendu que le Dʳ Ronsin réclame à Bâlé la somme de trente-quatre francs pour visites, consultations, soins médicaux et certificats délivrés à Nollé et Delamaire, ouvriers au service de Bâlé, victimes d'un accident de travail ;

Attendu que Bâlé refuse de payer, prétendant que la somme réclamée est trop élevée ;
Attendu que le Dr Ronsin tarife ses visites et consultations à deux francs, les certificats par lui délivrés à cinq francs et uue opération qu'il a pratiquée à dix francs ;
Attendu que le tarif de l'assistance médicale gratuite n'existant pas dans le département d'Ille-et-Vilaine, le demandeur a appliqué dans l'espèce le tarif le moins élevé qu'il pût prendre, celui de la clientèle ouvrière, et qu'il y a lieu d'accepter ce tarif et d'admettre le chiffre d'honoraires qu'il réclame ;
Par ces motifs, statuant en dernier ressort,
Condamnons Bâlé à payer au Dr Ronsin la somme de trente-quatre francs qu'il réclame pour les causes sus-énoncées et le condamnons aux frais et dépens de l'instance.
Ainsi jugé et prononcé en audience publique, lesdits jour, mois et an que dessus.

CORRESPONDANCE

Nouveau système d'application de l'article 6 de la loi Chevandier

Monsieur le Rédacteur et cher confrère.
Voici un fait :
Devant m'absenter pour affaire urgente, je cherchai dernièrement un remplaçant et en trouvai un à Lille, pourvu de ses 16 inscriptions et interne des Hôpitaux de Lille, nommé au concours.
En même temps, je demandais à M. le Préfet du Pas-de-Calais l'autorisation nécessaire.
Quinze jours après, une réponse. Refus : « Après examen, il n'est pas possible à Monsieur le Préfet d'accueillir votre demande ». Je vais à Arras trouver ce supérieur administratif. Celui-ci, très gentil, sonne un commis, s'enquiert et entendit ceci : « Nous avons reçu de la Faculté de l'Etat de Lille un avis défavorable sur M. P... (l'interne susdit), et en plus il est élève des Facultés catholiques ». (Textuel).
M. le préfet, en me quittant, ajouta : « Et Monsieur si vous ne trouviez pas de remplaçant, je me fais fort de vous en procurer un. »
A Lille, l'Interne intéressé écrit à M. le doyen de la Faculté de l'Etat pour lui demander le motif de l'avis défavorable. Pas de réponse. Il va le trouver à son cabinet et apprend que l'avis en question n'a pas été donné. « Je ne vous connais pas ! »
Tout cela, Monsieur le Rédacteur, est très grave au point de vue professionnel et à tous les médecins de France, je dédie ce récit que leur portera le *Concours*.
Veuillez agréez, etc.

D. M.

N. D. L. R. — Il faut avouer que ceci dépasse toutes les bornes de la fantaisie et de l'arbitraire.
Mais, au fait, nous venons d'entrer dans la période électorale, et il est de tradition qu'à cette époque les lois soient livrées à la plus cruelle des tortures, notamment par ceux qui les font ou sont chargés de les appliquer.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à M. le docteur Gires, de Paris, membre du « Concours Médical », qui vient d'être nommé officier d'Académie.

Circulaire aux médecins membres de l'Union Française Antialcoolique. — Nous nous empressons de prêter notre publicité à M. le Dr Legrain pour la communication suivante :

Très Honoré Confrère,
Plusieurs grands journaux ont inséré récemment la réclame suivante :

La santé par l'appétit.

« L'oxygène conférant un pouvoir particulière-
« ment apéritif et réconfortant, la liqueur d'absinthe,
« l'absinthe oxygénée Cusenier, verte ou blanche
« est avec raison recommandée par *les docteurs* et
« recherchée par tous les amateurs ».
Cette réclame, jointe à bien d'autres analogues, a ému depuis longtemps les membres restés honnêtes du corps médical. Ils y ont vu avec raison une atteinte à la dignité de notre profession, sans compter qu'une semblable compromission est de nature à induire le public en erreur sur les propriétés des liqueurs et parmi elles, de la plus redoutable, l'absinthe.
Il est temps de mettre un terme à de semblables abus.
C'est pourquoi le comité de l'*Union française anti-alcoolique*, dans sa séance du 20 mars 1902, a adopté l'ordre du jour suivant :
« Le Comité, saisi de la proposition adressée par
« le Dr Poitou-Duplessis, son vice-président, d'en-
« gager un procès en réparation civile contre le
« directeur de la maison Cusenier qui a publié
« dans divers journaux parisiens la réclame dont le
« texte est plus haut, décide d'autoriser les méde-
« cins faisant partie du Comité, ET AUXQUELS POUR-
« RONT SE JOINDRE LES MÉDECINS FAISANT PARTIE DE L'U-
« NION, à se prévaloir de leur titre de membre de
« l'U. F. A. pour engager un procès collectif
« contre le susdit. »
Les frais du procès sont à la charge de l'*Union*.
Le Comité, très honoré confrère, ne doute pas que vous voudrez joindre votre nom à la liste protestataire comprenant les 14 médecins faisant partie du Comité.
L'appui moral des grandes associations médicales a été demandé et a été obtenu déjà en partie.
Des circonstances particulières exigent le dépôt de l'assignation dans LE PLUS BREF DÉLAI. C'est pourquoi SAUF AVIS CONTRAIRE de votre part DANS LE DÉLAI DE QUATRE JOURS, nous vous considérerions comme faisant cause commune avec les confrères ayant pris résolument en mains la défense de l'honorabilité professionnelle.

Pour le comité : *Le Président*,
Dr Legrain.

A la bonne heure ! Nous aimons beaucoup ici que les actes se joignent aux prédications, et le *Concours* ne saurait manquer d'approuver l'attitude énergique prise par l'Union anti-alcoolique.

De la non-responsabilité du médecin en cas d'opération mutilante faite sans le consentement du malade. — La conférence des avocats du barreau de Paris, dans son assemblée du 8 mars dernier, a solutionné par la négative la question suivante, après un brillant plaidoyer de M. H. Sauvard :
« *Un médecin engage-t-il sa responsabilité civile par le seul fait de pratiquer une opération sans le consentement du patient ?* »
On a supposé qu'un médecin, mis en présence d'un malade, estime que la vie de celui-ci est en danger si une opération grave et *mutilante* n'est immédiatement pratiquée.
Le médecin peut évidemment mettre le malade à même de choisir entre l'infirmité *certaine* et la mort *probable* et se conformer ensuite à sa volonté. Mais le médecin peut aussi penser que c'est trop préjuger des forces morales du malade que de le mettre en demeure de prendre une détermination de cette mesure ; il estime peut-être aussi qu'investi par la loi d'un titre qui consacre les connaissances qu'il a si laborieusement acquises, il doit être seul juge de la situation. Il prend donc seul la décision : le malade est chloroformé, l'opération pratiquée ; elle a réussi, le malade est sauvé.

Mais celui-ci est infirme et réprouve l'opération qu'il a subie. Il aurait préféré à la mutilation *certaine* le risque *probable*, et seulement probable. N'avait-il pas seul le droit de disposer de son corps ?

Se pose alors la question de savoir sur quelle base juridique pourrait s'appuyer une action en responsabilité contre le médecin.

On ne saurait dire qu'elle trouve sa base dans un contrat de mandat salarié intervenu entre le malade et le médecin, ni dans l'article 1382 du Code civil qui suppose la faute, l'imprudence ou la négligence.

Mais l'article 1382 suppose aussi le *préjudice* et, peut-être, pourrait-on considérer comme tel l'infirmité résultant de l'opération, infirmité qui n'a été ni prévue, ni acceptée par le malade.

Dès lors, il y a à rechercher : 1° si le médecin a violé un droit en prenant seul la décision ; 2° si le choix du parti à prendre appartient au médecin ou au malade.

Les obligations professionnelles du médecin, son rôle social, exigent qu'il soit absolument maître de son traitement. Le médecin a le devoir certain de faire *tout le nécessaire* pour le malade qui s'est confié à ses soins. Ce devoir suppose le droit corrélatif de choisir sans entrave les procédés à employer pour arriver à ce but : la guérison.

D'autre part, la loi a exigé du médecin de sérieuses garanties de savoir et d'expériences ; elle a exigé de lui, précisément, la *compétence* ; il faut donc lui reconnaître à la fois le devoir et le droit de juger. Le fait du médecin qui décide seul de l'opération à réaliser ne constitue donc pas la violation d'un droit, mais, au contraire, *l'exercice d'un droit* implicitement conféré par la loi elle-même.

La solution contraire se heurterait aux *impossibilités pratiques* suivantes :

En cas d'urgence, le médecin ne peut raisonnablement discuter avec son client, alors que les minutes sont comptées. Si, en droit, le principe de la responsabilité du médecin pouvait être admis dans ce cas, en fait, il est certain que le médecin n'oserait plus pratiquer une opération nécessaire, car il pourrait toujours redouter que l'urgence même ne soit contestée par la suite.

Dans le cas de beaucoup, d'ailleurs, le plus fréquent, *où le malade est incapable d'exprimer une volonté*, à qui le médecin demandera-t-il le consentement ?

Au père, s'il s'agit d'un enfant ; au mari, aux plus proches parents, aux personnes sous l'autorité légale desquelles le malade se trouve placé. D'accord, mais encore faudra-t-il que celles-ci soient présentes au chevet du malade ou qu'elles puissent être facilement et promptement trouvées.

Mais pourquoi réduire le médecin à cette alternative : demander l'autorisation d'agir à des personnes doublement incompétentes et comme tiers et comme étrangères à l'art de guérir ; ou bien, faute de pouvoir obtenir un consentement, mettre en pratique la théorie du *laisser-mourir*.

La personne appelée à consentir à l'opération, peut, d'ailleurs, être précisément l'héritière du malade ; quelle situation délicate et, peut-être, quelle tentation ?

Toute atteinte portée au libre exercice de la médecine se retourne ainsi contre les intérêts mêmes qu'on prétend sauvegarder et nuit aux malades loin de les protéger.

L'intérêt des malades exige impérieusement que les médecins ne soient pas découragés par la menace de responsabilités multipliées. (*Gazette médicale de Liège*).

La réforme de l'enseignement médical. — Il n'est personne parmi les membres du corps enseignant des Facultés de médecine qui n'ait été frappé des très graves défectuosités, parfois même des incohérences, que l'on peut constater dans l'organisation des cours et des examens. M. le professeur Mayet, en adressant à tous ses collègues des Facultés et Ecoles de médecine la lettre ci-jointe, prend, en vue d'une réforme indispensable, une initiative à laquelle on ne peut qu'applaudir :

Honoré Confrère,

Intimement convaincu que les règlements qui régissent la distribution des matières de l'enseignement et des examens dans les Facultés et Ecoles de médecine sont défectueux, je me suis décidé, après avoir fait part de ma détermination à M. le Directeur de l'Enseignement supérieur, qui m'a laissé libre, à vous demander comme à tous les professeurs et agrégés des Facultés et des Ecoles, si vous êtes d'avis qu'il y ait lieu d'étudier une réforme complète de ces institutions, sans introduire, bien entendu, dans le projet en question, aucune mesure pouvant nuire à la prospérité d'aucune Faculté ou Ecole, ni aux droits d'aucun des membres du corps enseignant.

Quand j'aurai reçu votre réponse, si elle est favorable, ce dont je ne puis douter, je vous enverrai un questionnaire relatif aux principaux points sur lesquels doit porter la réforme, en vous priant d'indiquer la solution que vous regarderez comme la meilleure et d'y joindre les observations que vous croirez devoir y ajouter.

Dr Mayet,
Professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

Centenaire de l'Internat. — Les fêtes du Centenaire de l'Internat, qui devaient avoir lieu le 12 avril, ont été, en raison de la date des élections, reportées au 25 mai prochain.

Un nouveau Journal : la Clinique générale de chirurgie, bulletin mensuel des travaux de la clinique et revue des sciences médicales et de leurs applications à l'anthropo-sociologie ; Dr Aubeau, rédacteur en chef ; Dr Larrivé, secrétaire de la rédaction.

Faculté et Hôpitaux.

Des exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. Bezançon, agrégé, et de M. le docteur Griffon commenceront le samedi 10 mai à la Faculté.

Des conférences suivies de travaux pratiques auront lieu de 2 h. à 5 h. les mardis, jeudis et samedis.

Le mardi 15 avril, à 2 h., s'ouvrira, à l'hôpital St-Joseph un cours d'hématologie et de bactériologie, qui se continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Il comprendra 6 leçons sur les méthodes d'examen du sang et 25 de bactériologie.

Le registre d'inscriptions pour le 3e trimestre sera ouvert du 9 au 26 avril.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4809. — M. le Docteur Gouvernaire, de Montluçon (Allier), membre de l'Association des médecins de l'Allier, et secrétaire du Syndicat de Montluçon.

N° 4810. — M. le Docteur Veau, de Paris, présenté par M. le Docteur Pamart, de Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise).

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Zabé, de Paris ; Pelous, de Castanet (Hte-Gar.) ; et Nines, de Granges (Hérault), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 16 19 AVRIL 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale du 6 avril 1902.

La séance est ouverte à dix heures du matin, sous la présidence de M. le Dr Lande.

Présents : MM. Gassot, *vice-président*; Delefosse *secrétaire-général* ; Verdalle, *trésorier* ; Maurat, *secrétaire du Comité directeur*; Jeanne et H. Cézilly, *contrôleurs* ; De Ranse, Baronnet, Hiblot, J. Camescasse, David, Moreau, *censeurs* ; Licke, Fraysse, Billon, Pouillot.

Excusés : MM. le Dr A. Cézilly, *président d'honneur*; Bardy, Rousseau-Saint-Philippe, Millet, *censeurs*.

M. le président fait connaître que, suivant l'usage, le Comité directeur s'est réuni la veille pour la préparation de la séance, et que le Comité des censeurs vient de terminer l'examen des comptes du trésorier et toutes vérifications qui sont de son ressort.

Après adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1901, la parole est donnée au Secrétaire général, dont voici le rapport.

Rapport du Secrétaire général.

Messieurs et chers Collègues,

Il y a une vingtaine d'années, plusieurs médecins, mus par une idée philanthropique, se réunirent pour échanger leurs idées sur l'utilité de la création d'une caisse de retraites pour les médecins. Dès qu'ils eurent pris contact, ils reconnurent que cette création n'était pas aussi facile qu'elle le paraissait à première vue. Etablir une caisse où les primes fussent d'un tarif moins élevé que celui des Compagnies d'assurances, où les primes fussent à la portée de toutes les bourses, où le temps de participation ne fût, ni trop long, pour ne pas nuire au recrutement, ni trop court, pour pouvoir satisfaire au fonds de réserve nécessaire afin d'assurer la pérennité de la Société ; c'était essayer de résoudre un problème difficile.

A force de travail, de réunions, en s'appuyant sur la compétence d'actuaires, ils purent mettre debout cette *Caisse des pensions* que vous voyez fonctionner depuis 18 ans et qui a tenu toutes les promesses qu'elle avait faites aux adhérents. Nos tarifs sont moins élevés que ceux de toutes les compagnies d'assurances et même que ceux de la Caisse pour la vieillesse, avec cet avantage considérable, que tout adhérent peut suspendre ses paiements sans déchéance, sans perte des sommes qu'il a déjà versées, ainsi que cela se passe dans les compagnies d'assurances, et aussi avec cette clause confraternelle qui permet de liquider la retraite d'un confrère réduit par la maladie à l'incapacité de continuer l'exercice de sa profession.

Notre caisse est ouverte aux plus grosses comme aux plus petites bourses.

On a dit que nous n'étions utiles que pour les riches ! Il suffit d'examiner nos tarifs pour se rendre compte que cette assertion n'est pas juste. Prenez le tableau C et vous verrez qu'un médecin peut verser pendant un temps déterminé une prime très minime et qu'après, il aura, à soixante ans, une retraite proportionnelle à ses versements, et d'ailleurs,

il y a un taux de retraite au-dessous duquel les adhérents ne viendraient pas. Des médecins trouvent déjà que 1200 fr. de rentes, cela n'est pas une somme ? — nous pouvons donner à 60 ans, une rente au-dessous de 300 fr. par le mécanisme que je viens de vous indiquer. — D'ailleurs, il suffit de consulter la liste de nos adhérents pour voir que les médecins riches ne viennent pas plus à nous qu'ils ne vont aux compagnies d'assurances. Ils gagnent largement leur vie, à quoi bon s'occuper de l'avenir : le médecin meurt si jeune ! d'après eux.

Enfin nous avions fixé à 10 ans le temps normal de participation. L'expérience nous a montré la justesse de ce chiffre.

Il restait une question qui a soulevé nombre de récriminations et qui a été le cheval de bataille de nos adversaires (malgré le succès de notre œuvre, nous avons encore des adversaires et nous en aurons toujours, heureusement), nous avons été fortement interpellés pendant nos premières années de fonctionnement : « L'argent que je verse est perdu si je viens à mourir, eh bien ! et ma veuve et mes enfants ? ». Certainement, mais nous n'avons pas eu la prétention de faire avec notre caisse un bloc de toutes les combinaisons des Compagnies d'assurances. Cela nous eût demandé un personnel, un local etc., qui nous eussent obligés à des frais généraux, augmentant fortement les primes et par conséquent rendant la création de notre Caisse inutile. A chacun son œuvre. Donner au médecin à 60 ans une retraite proportionnelle à ses versements, une retraite 4 fois plus forte que la rente qu'il toucherait avec le même capital accumulé dans son tiroir, au même âge, tel a été le but de l'œuvre.

Or, si vous voulez une retraite à un âge moins avancé, si vous voulez un reversement de vos primes sur la tête de vos héritiers, ce sont des primes tellement élevées que notre but ne pourra plus alors être rempli. Et remarquez que ceux qui nous reprochent le plus d'avoir des tarifs de prime inabordables pour la plupart des médecins, sont les premiers à nous dire : « Vous ne faites rien pour les veuves » ; d'un côté, ils demandent des tarifs moins élevés, de l'autre des avantages qui exigeraient presque le triplement des primes.

Cela veut-il indiquer qu'il n'y a plus à améliorer ? Mais tout est perfectible ; j'ai dit tout à l'heure qu'heureusement, nous avions encore des adversaires, car ce sont eux qui nous excitent à chercher des améliorations et votre Comité a déjà mis à l'étude la question des contre-assurances, en cas de décès de nos adhérents.

Voilà, mes chers confrères, les bases solides sur lesquelles, il y a 18 ans, a été fondée notre Caisse des retraites et mettant à profit le proverbe arabe : « *A l'arbre du silence pend son fruit, la tranquillité* », nous faisions nos petites affaires, ne demandant rien à personne, que de nous laisser tranquilles gérer en paix une œuvre bien étudiée et qui vivait très largement de ses propres forces. Mais nous sommes en France : le Français adore être ligotté par des règlements qui l'enserrent, l'étreignent et lui enlèvent toute liberté. Pour le satisfaire, on lui octroya la loi du 1er avril 1898.

Je vous demande la permission de m'étendre un peu sur cette loi, pour bien vous montrer en quoi elle nous est préjudiciable, sans nous donner aucun profit (entr'autres, elle nous force chaque année à remettre au ministère de l'Intérieur, un état indiquant nos frais mortuaires pour les décès de nos adhérents et autres indications de même ordre, qui prouvent combien cette loi nous est peu applicable).

Je vous ai dit plus haut que votre Comité avait établi que la durée de participation fixée à 10 ans était le chiffre qui répondait le mieux aux intérêts de nos adhérents et à ceux de la Caisse. En effet, un médecin, arrivé à 50 ans, songeait alors à avoir une retraite à 60 ans ; la prime était, élevée, mais il ne la payait que pendant dix ans et sa situation médicale lui permettait ce sacrifice. L'article 23 de la nouvelle loi est venu nous supprimer ce bénéfice : le voici textuellement. « Pour bénéficier de ces pensions, les membres participants doivent être âgés d'au moins 50 ans, avoir acquitté la cotisation sociale *pendant* 15 *au moins* et rempli les conditions statutaires fixées pour l'obtention de la pension ». Ainsi que de lettres je reçois des médecins qui ayant dépassé 45 ans, voudraient bien s'affilier à nous, mais attendre une retraite jusqu'à 63, 64, 65 ans ?

Voilà le préjudice réel que nous cause la nouvelle loi, sans aucun bénéfice quelconque ; car, désirant pour ses membres une retraite supérieure à 360 fr. la Caisse ne peut jouir des avantages accordés par la présente loi sous forme de remise des droits d'enregistrement, participation aux subventions de l'Etat, etc.

Ainsi, Messieurs, autorisés par un décret du 14 novembre 1901 à devenir une société de secours mutuels approuvée (suivant la formule de la loi du 1er avril 1898), nous ne pouvons plus avoir que des adhérents qui devront avoir acquitté la cotisation sociale pendant 15 ans pour toucher leur retraite. Il est bien entendu que la loi n'ayant pas d'effet rétroactif, les adhérents entrés dans la Société avant le 14 novembre 1901, n'auront à justifier que de 10 versements réguliers annuels pour avoir droit à leur pension.

Je ne vous ai indiqué que l'article 23, qui est celui qui nous touche le plus : cependant l'article 2 nous intéresse aussi, mais il ne sera surtout utile de l'examiner qu'après la publication des tableaux de mortalité que le ministère de l'intérieur est en train d'établir. Pour le moment, il nous a forcé à supprimer toutes les caisses auxiliaires, de réserve, etc. (La caisse auxiliaire reste, mais n'est plus alimentée que par des dons individuels). Il est ainsi conçu : « Les Sociétés de secours mutuels sont tenues de garantir à leurs membres participants les mêmes avantages, sans autre distinction que celles qui résultent des cotisations fournies et des risques apportés ».

Ici encore, l'idée généreuse des fondateurs, qui permettait à la Caisse auxiliaire de payer les cotisations en retard, d'aider les membres adhérents à atteindre leurs 60 ans, sans interruption de paiement, est supprimée de par la loi.

Cependant, si cette loi du 1er avril 1898, nous a été préjudiciable, elle nous a permis une solution qui, je l'espère, compensera un peu les inconvénients que je viens de vous indiquer. Je veux parler de notre affiliation à l'Association générale des médecins de France.

Dorénavant les œuvres de droit et de prévoyance vont former un tout, se consolider mutuellement et donner au médecin ce qu'il n'avait pas, il y a 30 ans, les moyens de parer à toutes les calamités qui peuvent l'assaillir dans le cours de son existence. Mais, il y a un point que je désire bien fixer. Cette affiliation nous laisse notre liberté complète, notre autonomie. L'Association ne nous prête qu'un appui moral et ne nous aide pas pécuniairement en tant que Caisse de retraites. Si elle nous fait des versements, c'est à des titres individuels et non comme allocations. En un mot, elle remplit le rôle qui était dévolu à notre caisse auxiliaire : elle aide l'adhérent nécessiteux à parfaire sa prime ; elle lui donne les moyens de remplir les conditions nécessaires pour toucher sa retraite. La Caisse, elle, est heureusement assez riche pour marcher personnellement, sans secours, ni allocations.

Il me resterait encore bien des points à traiter, comme, par exemple, l'aide que les deux Sociétés vont pouvoir se porter réciproquement, mais j'ai déjà retenu trop longtemps votre attention et je me hâte de laisser la parole à notre excellent trésorier. Vous verrez par son compte rendu, combien notre Société a une marche toujours prospère, combien notre trésorier est toujours dévoué à notre œuvre et combien aussi nous lui devons de remerciements pour le zèle avec lequel il s'occupe de nos intérêts (*Applaudissements*).

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Verdalle, trésorier.

Rapport du trésorier.

Messieurs et chers collègues,

Vous connaissez déjà, par les documents qui accompagnaient la convocation, bon nombre des chiffres que j'ai à vous soumettre. (Voir *Concours médical*, n° 10, 1902).

Le dix-huitième bilan que j'ai l'honneur de vous présenter se solde par le chiffre de fr. 855.925,61.

Il diffère de ses prédécesseurs par un caractère très important, à savoir que le capital social ou fonds commun est dorénavant le seul et unique compte créancier. — Ont disparu : et la Caisse de réserve et la Caisse auxiliaire. La loi le veut. — Tout est rentré dans le capital, et rien n'en doit plus sortir. Pas un centime ne peut être distrait du but exclusif que poursuit notre œuvre : la constitution des retraites.

L'opération de comptabilité a été des plus simples ; elle a consisté à prendre les deux blocs qui représentaient les soldes à la date du 1er janvier 1901 :

de la Caisse de réserve soit........fr.	249.765.89
de la Caisse auxiliaire, soit........fr.	2.908.22
et à en insérer le total, soit..............	252.674.11

dans le compte Capital.

Le compte Capital, dont le solde était au 1er janvier 1901 de..............................	555.879.62
a donc été grossi dans le courant de l'exercice dernier de ce total, soit.....	252.674.11
plus de l'excédent disponible des recettes de 1901, soit........................	47.371.88
ce qui donne au 31 décembre le total de.	855.925.61

Ainsi, Messieurs, dans notre œuvre, rien ne se perd.

La Caisse auxiliaire est morte, mais vive la Caisse auxiliaire, car, virtuellement elle existe, elle est inscrite ; elle a son chapitre dans nos statuts, mais elle ne peut être alimentée que par des dons individuels, abandons de pension, etc., toutes recettes extraordinaires. Pour le moment, elle ne possède pas un maravédis.

Tel est, Messieurs, le gros événement de l'année. Il n'a pas été imposé à la Caisse d'autre modification, et elle a fonctionné, par conséquent, à la façon ordinaire, encaissant ses cotisations et l'intérêt de ses valeurs, payant ses retraites et achetant des valeurs qui ont grossi son portefeuille, ne dépensant en frais généraux que le strict nécessaire.

Voici le mouvement de la caisse pour l'exercice 1901.

Recettes.

Caisse au 1er janvier 1901................		13.057.31
Cotisations encaissées en 1901..........		55.816.10
Revenu du portefeuille.....................		23.071.58
Remboursement et amortissement de valeurs....................................		12.875.68
Remboursement de frais généraux......		15.95
Total............		104.836.62

Dépenses.

Retraites payées à divers.................		28.721 »
Achat de valeurs :		
108 oblig. Banque hypothécaire 1880............................	59.500.20	
20 oblig. Banque hypothécaire 1881................................	9.040 »	
	68.540.20	68.540.20
Frais généraux..........................		3.539.80
En caisse au 31 décembre 1901...........		4.035.62
Egal........		104.836.62

Cotisations.

Le total des cotisations était, l'année dernière, de 54.992,05.

Il est cette année de 55.816.10.

Dans le courant de l'exercice 1901, 22 adhésions nouvelles ont été inscrites, pour un chiffre annuel de 6.205.50 de cotisations.

Revenus du portefeuille.

Certaines valeurs étant soumises à l'amortissement, le paiement des coupons subit de ce fait des retards, ce qui modifie le chiffre réel du total.

Le tableau suivant donne ce chiffre réel pour l'exercice qui s'est ouvert au 1er janvier 1902 :

4.170 fr. de rente 3 °/o amortissable.......	4.170 »
100 obligations Foncières 1883.............	1.440 »
50 obligations Communales 1892............	672 »
99 obligations Orléans.....................	1.432.80
20 obligations Foncières 1879..............	288 »
102 obligations P. L. M......................	1.468.80
1.800 fr. rente 3 %.........................	1.800 »
50 obligations Est..........................	720 »
17 obligations Communales 1879...........	212.15
219 obligations Midi anciennes............	3.153.60
80 obligations Midi nouvelles.............	1.152 »
49 obligations Ville de Paris 1896.........	470.40
70 obligations Banque hypothécaire 1881...	1.008 »
478 obligations Banque hypothécaire 1880.	6.883.20
	24.870.95

Remboursement et amortissement.

Pendant l'exercice 1901 ont été amortis et remboursés les titres suivants :

360 fr. de rente 3 % amortissable........	11.988 »
1 obligation Ville de Paris...............	397.73
1 obligation Orléans.....................	489.95
	12.875.68

Les titres suivants sont frappés d'amortissement et seront remboursés dans le courant de l'exercice actuel.

30 fr. de rente 3 % amortissable.
1 obligation Foncière 1879.
1 obligation Banque hypothécaire 1880.

Dépenses. — Retraites.

La somme de 28.721 fr. dépensée en 1901 pour le service des retraites sera, cette année, peu majorée. Trois nouveaux retraités recevront une somme de 3.000 fr. Mais un des anciens est malheureusement décédé en décembre dernier. Nous arriverons donc au total de 30.500 environ. C'est-à-dire que le paiement des retraites n'absorbe guère encore que nos revenus.

Frais généraux.

Les frais généraux se décomposent ainsi :

Frais de trésorerie ;	
Conversion. — Achat de titres. — Droits de garde, — Frais de banque, indemnité, etc................................	2.330.10
Frais de secrétariat ;	
Correspondance, quittances, indemnité..	673.55
Divers ;	
Frais de voyage, de bureau, etc.........	369.60
Impressions diverses.......................	166.55
	3.539.80

Le trésorier a le plaisir d'annoncer à ses collègues que l'Association générale vient de lui faire parvenir une somme de sept cent huit francs, destinée à payer les frais qu'avait à sa charge la Caisse auxiliaire, savoir :

Une pension anticipée à M. le Dr D. (infirme)	558
La cotisation de Mme Vve L.	50
La cotisation de Mme Vve S.	100
	708

Tel est le premier fruit de l'alliance que nous avons conclue, alliance qui sera féconde en heureux résultats pour l'une et pour l'autre des deux Sociétés, nous en avons la ferme assurance.

J'en ai fini, Messieurs, avec l'histoire financière de notre dix-huitième année ; année mémorable puisqu'elle a vu célébrer l'union de notre chère pupille avec sa grande et paternelle parente, l'Association générale.

Déjà cette union a porté ses fruits : la moyenne de nos recrutements a été plus forte que jamais (vingt-deux adhésions en. 1901 ; quinze depuis le 1er janvier 1902), et notre œuvre ne peut se soutenir que par le recrutement. L'Association d'autre part, viendra en aide à nos misères ; je veux dire aux misères individuelles de nos adhérents. C'est une clause implicite du contrat.

Laissons-nous donc entraîner vers l'avenir et marchons confiants. La base était déjà solide, de très fortes assises de soutènement viennent encore de la renforcer. Que notre œuvre pousse hardiment sa flèche vers le ciel. *Sublimi feriat sidera vertice.*

(*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Camescasse, secrétaire du Comité des censeurs.

Rapport du Comité des censeurs.

Messieurs,

Le Comité des censeurs s'est réuni le 6 avril 1902.

Etaient présents : MM. de Ranse, président ; Camescasse ; Moreau ; Hiblot ; Baronnet ; David.

Excusés : MM. Saint-Philippe, Millet, Bardy.

Sous la présidence de M. le Dr de Ranse, la séance est ouverte à 9 h. du matin. M. le Dr Verdalle, trésorier, donne lecture du compte rendu de l'exercice de l'année 1901, fait passer sous nos yeux les diverses pièces qui constituent le portefeuille et la caisse. Après en avoir fait l'examen attentif, le Comité constate la parfaite régularité des comptes et l'exactitude de la situation de la caisse. De chaleureux remerciements sont adressés à M. le Dr Verdalle. Signatures des censeurs.

M. le Président. — Maintenant que le contrôle a parlé, vous pouvez, Messieurs, par vos applaudissements, témoigner votre gratitude à nos amis, MM. Delefosse et Verdalle.

Leur tâche était déjà bien lourde, elle s'est encore augmentée, mais leur zèle et leur dévouement grandissent en même temps : je les remercie au nom de tous les Sociétaires (*Applaudissements*).

A ce propos, je rappelle que chaque année, doit être soumis à votre adoption le chiffre de l'indemnité qui leur est attribuée en raison des charges qu'ils s'imposent. Nous vous proposons de n'y rien changer cette année, mais il est évident qu'il faudra dans l'avenir prévoir augmentation plutôt que diminution : vous en jugerez par les évènements (*Adopté*).

Approbation des nouveaux statuts.

M. le Dr Delefosse. — Vous savez, Messieurs, que les nouveaux statuts de la Société, après de nombreuses démarches, ont été approuvés par arrêté du Ministère de l'Intérieur en date du 14 novembre 1901. Vous trouverez le texte de cet arrêté en tête de la brochure qui contient les règlements de notre Caisse et dont nous avons fait un nouveau tirage. Comme par le passé, des exemplaires de cette brochure seront envoyés par le Secrétaire général ou par le Bureau du *Concours médical* aux médecins qui en feront la demande en vue de s'inscrire eux-mêmes ou de faire de la propagande dans les réunions professionnelles. (*Très bien*).

Le Dr Delefosse donne lecture de l'autorisation du fonctionnement de la Caisse comme Société de secours mutuels approuvée.

Pensions nouvelles.

M. le Président. — Trois confrères MM. les Drs F., O., et M., remplissent cette année toutes les conditions voulues pour avoir droit à la pension. Après vérification de ces conditions, le Comité vous propose de voter :

à M. le Dr F., une retraite de 1.200 francs.
à M. le Dr O., une retraite de 1.200 francs.
à M. le Dr M., une retraite de 600 francs.
(*Adopté*).

Admissions nouvelles.

M. le Président. — Vous avez entendu tout à l'heure, Messieurs, les noms des confrères qui ont été admis ou ont sollicité l'admission depuis la dernière Assemblée générale. Quoique ce soit le Comité Directeur qui prononce les admissions, il se fait un plaisir et un devoir de solliciter votre approbation, surtout quand il trouve l'occasion de vous faire constater le développement de l'œuvre (*Approbation*).

Elections.

M. le Président. — Messieurs, cette année le Comité Directeur ne voit expirer le mandat d'aucun de ses membres.

En revanche, dans le Comité des censeurs, nous vous proposons la réélection de MM. Camescasse, Millet et Moreau, dont vous ne voudrez certainement pas vous séparer, quoique leur période soit finie (*Très bien*).

MM. Moreau, Millet, Camescasse, sont réélus par acclamation.

Placement des fonds.

M. le Président. — Hier, Messieurs, sur la demande de notre Trésorier, le Comité Directeur s'est préoccupé du placement des encaissements nouveaux que nous allons avoir à réaliser, et, par le temps qui court, ce placement se fait sans enthousiasme, si l'on réfléchit que notre portefeuille ne nous donne qu'un revenu qui n'atteint pas 3 %.

Dans notre perplexité, je me suis souvenu : 1° que, maire de Bordeaux, j'avais à effectuer un petit emprunt pour cette ville ; 2° que nos statuts nous autorisent à placer nos ressources dans ces emprunts de villes, toujours bien garantis quand il s'agit de centres comme Bordeaux ; 3° que l'argent ainsi employé rapporterait environ 3 1/2 %, pendant qu'il serait entre nos mains. J'ai indiqué à mes collègues que l'emprunt, effectué pour neuf ans, serait remboursable par annuités, et nous avons calculé que c'est alors pendant six ans environ (moyenne à prendre) que notre portefeuille obtiendrait ainsi un supplément de revenu de 1/2 environ. Nous nous sommes rendu compte, de plus, que la vente de nos valeurs se faisant, pour la plupart, à un prix supérieur au prix d'achat (car celui-ci est de date ancienne déjà), la réalisation s'opérerait avec bénéfice.

Dans ces conditions, nous sommes absolument d'accord pour vous proposer : 1° de vendre les valeurs actuellement en portefeuille jusqu'à concurrence de 800.000 fr. environ, en ne réservant, par un choix judicieux, que celles dont le cours se serait trop abaissé pour le moment et qui sont appelées à remonter ; 2° de faire remploi de ces 800.000 fr. en les plaçant en emprunt de la ville de Bordeaux.

Si vous partagez notre avis, nous vous prions de prendre la délibération suivante :

« L'Assemblée générale réunie le 6 avril 1902, « à son siège social, 22, place Saint-Georges, à « Paris, délibère :

« Le trésorier est autorisé, avec le concours « des deux membres délégués, MM. Lande et « Rousseau-Saint-Philippe, à vendre les valeurs « suivantes :

17 obligations communales 1879.

8 obligations.	Certificat	87.349	récépissé 457.197
2 »	»	73.629	(*Créd. Lyonnais.*)
2 »	»	73.630	récépissé 397.437
5 »	»	80.841	(*Créd. Lyonnais.*)
17 obligations.			

219 obligations anciennes du Chemin de fer du Midi.

100 obligations.	Certificat	161.794	récépissé 397.927
40 »	»	165.175	(*Créd. Lyonnais.*)
29 »	»	120.629	récépissé 397.926
20 »	»	135.937	(*Créd. Lyonnais.*)
30 »	»	142.668	
219 obligations.			

4170 fr. de rente française 3 % amortissable.

1320 francs.	Certificat 11.123	récépissé 134.474 (*Créd. Lyonnais.*)
2850 francs.	Reçu pour remboursement de 30 f.	n° 322.380 (*Créd. Lyonnais.*)
4170 francs de rente		

100 obligations foncières 1883

1 titre de 50 oblig.	Certificat	39.689	récépissé 397.475
1 » 50 »	»	62.692	(*Créd. Lyonnais.*)
100 oblig.			

50 obligations communales 1892.

1 titre de 50 obligations	Certificat 4613	récépissé 397.461 (*Créd. Lyonnais.*)

99 obligations du chemin de fer d'Orléans, anciennes.

17 obligations.	Certificat	236.153	
4 »	»	237.276	récépissé 401.254
28 »	»	241 336	(*Créd. Lyonnais.*)
50 »	»	285.554	
99 obligations.			

20 obligations foncières 1879.

Un reçu de 20 obligations pour remboursement d'une	n° 350.337 (*Créd. Lyonnais.*)

102 obligations du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée, fusion ancienne.

25 obligations.	Certificat	252.784	
25 »	»	267.998	récépissé 39.739
40 »	»	273.130	(*Créd. Lyonnais.*)
12 »	»	331.698	
102 obligations.			

1800 fr. de rente française 3 %.

1200 fr.	Certificat	383.332	récépissé 134.390
600 fr.	»	153.811	(*Créd. Lyonnais.*)
1800 fr. de rente.			

50 obligations du Chemin de fer de l'Est, nouvelles.

Certificat 85.113	récépissé 397.923 (*Créd. Lyonnais.*)

80 obligations du Chemin de fer du Midi, nouvelles.

21 obligations.	Certificat	9.707	
19 »	»	15.911	récépissé 397.922
30 »	»	16.711	(*Créd. Lyonnais.*)
10 »	»	16.979	
80 obligations.			

49 obligations de la ville de Paris 1894-1896.

20 obligations.	Certificat	8.323	
20 »	»	1.052	récépissé 397.679
9 »	»	8.324	(*Créd. Lyonnais.*)
49 obligations.			

70 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1881.

50 obligations.	Certificat	6.556	récépissé 396.552
20 »	»	8.059	» 542.259
			(*Créd. Lyonnais.*)

478 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1880.

50 obligations.		Certificat	4.758	
10 »		»	4.798	récépissé 396.537
10 »		»	4.799	
20 »		»	4.957	
20 »		»	4.973	» 396.538
20 »		»	4.994	
20 »		»	5.138	» 381.675
20 »		»	5.158	» 387.104
10 »		»	5.203	» 394.794
10 »		»	5.209	» 399.028
10 »		»	5.303	» 417.190
20 »		»	5.304	» 448.916
10 »		»	5.470	» 454.734
20 »		»	5.517	» 456.364
20 »		»	5.760	» 526.242
10 »	(8)	»	5.778	» 531.795
»	(2)	»	5.787	
10 »		»	5.940	» 574.793
10 »		»	5.985	» 587.254
10 »		»	6.266	» 596.361
				(*Crédit Lyonnais.*)
30 »				» 8.939
40 »				» 8.972
20 »				» 9.216
10 »		»	5.771	» 20.802
20 »		»	5.842	» 20.876
10 »		»	5.952	» 17.823
20 »		»	5.981	» 17.897
10 »		»	6.049	» 25.149
8	(*Bulletin d'achat du Comptoir d'Escompte.*)			
478 obligations				

Je suis d'ailleurs à votre disposition pour tous renseignements supplémentaires que vous pourriez désirer. Laissez-moi seulement ajouter que le Conseil de Direction de *l'Amicale maladie* et celui du *Concours médical* ont décidé, chacun en ce qui le concerne, de s'associer à l'opération proposée.

(*Après échange de vues et réponse du président à toutes les questions qui lui sont posées par MM. Fraysse, Moreau, et d'autres membres présents, l'Assemblée générale vote, à l'unanimité, la proposition, ainsi que le texte de la délibération donnant pouvoir à MM. Verdalle, Lande et Rousseau-Saint-Philippe pour effectuer la vente des valeurs*).

Nos relations financières avec l'Association générale.

M. le Président. La parole est à M. le Dr Jeanne.

M. le Dr Jeanne. — Il m'est passé sous les yeux des articles de la presse médicale et des comptes rendus de Sociétés, qui prouvent que les médecins sont encore bien mal renseignés sur la possibilité, pour tous les budgets médicaux, de faire partie de la Caisse des Retraites, et sur l'interprétation à donner au terme de *subvention de l'Association Générale aux Caisses annexes*. Il serait bon, je crois, qu'ici, comme à l'Assemblée de l'Association Générale, notre président

précisât très nettement, et de façon à effacer tout malentendu, comment nos Sociétaires bénéficieront de l'entente qui s'est établie.

M. le Président. — De divers côtés, en effet, et fort injustement on a reproché à notre société de n'être pas accessible à toutes les bourses, et, partant de cette assertion mal fondée, on s'est élevé contre le projet qu'aurait eu, dit-on, l'Association générale de subventionner directement notre Caisse ouverte aux seuls privilégiés de la profession. Il convient vraiment de protester contre ces erreurs.

En attendant que j'expose dans un travail d'ensemble les facilités d'accession que nous avons donnécs aux moins fortunés, ne suffit-il pas, Messieurs, pour combattre la première légende de rappeler les deux exemples suivants : 1° Pour 62 fr. 50, un médecin qui entre à 25 ans, tableau A, s'assure 600 fr. de rente viagère à partir de 60 ans. Le sacrifice est-il vraiment lourd? Je constate qu'il est à peu près le même que pour l'Amicale et je n'ai pas entendu dire que l'on ait protesté au sujet de cette dernière ; 2° Pour cette même somme de 62 fr. 50, au tableau C, quelque soit l'âge d'entrée, pourvu que ce soit avant 45 ans, on s'assure une retraite proportionnelle qui varie de 100 fr. à 570 fr. suivant la durée de la participation. Ces deux dispositions, prises entre bien d'autres, ne prouvent-elles pas que la Caisse est accessible à tous ? Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur ce premier point.

Sur le second, qu'avons nous toujours dit ? Ceci uniquement. L'Association générale viendra en aide, non pas à la Caisse des Pensions, mais à son sociétaire qui, membre de celle-ci, ne pourrait remplir les obligations qu'il y a contractées et se trouverait menacé d'y perdre ses droits. En quoi sort-elle ainsi de son rôle de bienfaisance individuelle ? Nous ne le voyons pas.

Puisque tel est votre désir, Messieurs, je rappellerai ceci à l'assemblée de l'Association générale, afin qu'il ne subsiste pas de ces fâcheux malentendus avec lesquels on arrête les plus beaux mouvements de solidarité (*Très bien*).

Questions diverses

M. le Président. — Quelqu'un de vous, Messieurs, demande-t-il la parole?

M. le Dr Verdalle. — Si étonnant que cela puisse paraître, certains de nos pensionnés voudraient être affranchis de la formalité de me fournir un certificat de vie. Voyez-vous un moyen de leur donner satisfaction?

(Après échange d'observations, l'assemblée tombe d'accord qu'il n'en existe qu'un, celui de toucher soi-même en se présentant au trésorier, et elle invite ce dernier à ne faire aucune concession sur ce point, qui est capital pour sa responsabilité personnelle et pour la bonne tenue de sa comptabilité).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi.

Le secrétaire général,
Dr DELEFOSSE
(22, place Saint-Georges).

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum antidiphthérique contre la pneumonie.

En présence des remarquables effets dissolvants du sérum antidiphthérique sur les fausses membranes fibrineuses, M. le Dr *Talamon* expérimente depuis deux ans ce sérum contre la pneumonie franche aiguë. L'an dernier, la statistique qu'il a fournie était de 14 décès pour 100. Cette année, les résultats sont identiques. Les doses de sérum injectées ont varié entre 20 cc. et 280 cc. : mais l'effet abortif de ce sérum sur les pneumonies ne s'est produit qu'une fois sur quatre.

Le résultat n'est pas à dédaigner, mais il n'est pas suffisant pour permettre une conclusion précise. Un plus grand nombre d'observations serait nécessaire. Malheureusement, l'occasion ne se présente pas souvent de traiter une pneumonie dès le premier jour. Dans la pratique hospitalière, on ne peut guère compter que sur les cas qui prennent naissance dans l'hôpital même, les pneumoniques venus du dehors n'entrant en général qu'au troisième ou quatrième jour de la maladie, sinon plus tard. Dans la pratique de la ville, l'occasion serait plus fréquente. Le début de la pneumonie est assez bruyant, assez «solennel» pour qu'il ne soit pas permis 99 fois sur 100 de s'y tromper. Tout individu qui, en pleine santé, est pris brutalement d'un frisson violent, d'un point de côté et d'une fièvre de 40 degrés qui l'oblige à se mettre immédiatement au lit, est atteint et ne peut être atteint que d'une pneumonie.

Moyen de prévenir l'asphyxie dans la présentation du siège.

Le journal *The Lancet* et la *Gaz. méd. des Hôp.* signalent un procédé préconisé par M. ORD pour sauver la vie du fœtus, quand elle est menacée par la compression du cordon, dans la présentation du siège.

« Au cours d'un accouchement par le siège, tandis que le tronc était déjà sorti, l'accident qu'on observe fréquemment se produisit : la tête refusa d'avancer. Pendant quelques instants, les pulsations du cordon ombilical continuèrent à être perçues, puis s'arrêtèrent. L'auteur avait dans sa trousse obstétricale, tout à fait fortuitement, une sonde d'homme en argent. Il introduisit cet instrument dans la bouche de l'enfant et, presque aussitôt, celui-ci se mit à crier, sa poitrine eut un mouvement d'inspiration et on évita de la sorte l'asphyxie qu'on redoutait.

« Au bout de quelques minutes, une sonde de femme en argent fut introduite à côté de la première, afin de laisser pénétrer un peu plus d'air. La tête ne tarda pas à pouvoir être extraite. »

M. Ord pensa d'abord que cette méthode était absolument nouvelle, mais, au cours de recherches bibliographiques, il s'aperçut, en lisant le Traité d'accouchement de Playfair, que le procédé avait déjà été essayé, mais, ajoutait l'auteur, on ne pouvait compter sur ce moyen. Cependant l'observation qui précède montre qu'on peut parfois en tirer parti avantageusement. »

Dans le même numéro de *The Lancet*, M. EDWIN SMITH propose également de prévenir l'asphyxie, dans les cas de « tête dernière », en in-

troduisant un tube flexible dans la bouche de l'enfant. Il suggère l'idée d'ajouter dans la trousse des accoucheurs un tube de métal poli du calibre d'une sonde moyenne et garni à une de ses extrémités d'un manchon de caoutchouc destiné à éviter de léser des parties molles de l'enfant.

MÉDECINE PRATIQUE

Exploration externe du tube digestif.

M. le Dr *L. Vincent*, de Lyon, a consacré à l'étude de l'exploration externe du tube digestif, un récent article de la *Presse Médicale*, que nous nous proposons d'analyser et de commenter pour tenir nos lecteurs au courant des récents progrès de la clinique et de la séméiotique.

L'exploration externe du tube digestif par l'inspection, la palpation et la percussion, est une méthode pleine de ressources, à la portée de tous les praticiens, bien plus que les analyses chimiques et les procédés complexes empruntés aux sciences expérimentales physico-biologiques. C'est M. Sigaud, de Lyon, qui en a le mieux compris l'importance et l'utilité.

I

« Le médecin qui sait explorer le ventre se trouve en face de tout un ensemble de signes objectifs de constatation grossière.

a) L'*inspection* nous montre des ventres arrondis plus ou moins saillants, des ventres plats plus ou moins excavés. Avec les changements d'attitude, nous voyons les ventres changer instantanément de forme : les uns, plats dans la station couchée, s'arrondissent dans la station debout, la masse gastro-intestinale semblant se projeter en avant ; les autres, étalés en forme de ventre de batracien dans le décubitus dorsal, forment une saillie pointue dans l'attitude verticale ou prennent l'ampleur caractéristique du *ventre en tonneau* ; d'autres enfin, de volume réduit et de forme aplatie, tombent en forme de besace dès que le sujet se lève, etc., etc. Il ne s'agit pas là de particularités individuelles ; toutes ces formes s'observent non seulement chez des individus différents, mais encore chez le même individu à des phases diverses de sa vie normale ou pathologique.

« *b)* La *palpation* nous fournit de nouveaux renseignements.

« A une palpation superficielle, la tension abdominale offre à une main exercée des sensations extrêmement variées que personne n'a soupçonnées jusqu'à ce jour, allant depuis l'élasticité franchement rénitente jusqu'à la consistance nettement œdémateuse, en passant par la mollesse simple et l'empâtement plus ou moins franc. Et toutes ces sensations, d'une netteté frappante, ne tardent pas à se classer dans l'esprit de l'observateur en face des syndromes subjectifs qu'elles éclairent d'une manière inattendue.

« Mais il y a mieux : que la main, après cette appréciation générale de la valeur physique et biologique du tissu abdominal, que la main, dis-je, vienne à « fouiller » une à une les diverses régions de la cavité abdominale, l'observation se poursuit avec une fécondité nouvelle.

« Dans la région iliaque droite, c'est le *cæcum*, dont les formes sont très caractéristiques : il se montre tantôt comme une ampoule plus ou moins gonflée, plus ou moins tendue, gargouillante, tantôt comme un boudin arrondi, crépitant ou de consistance plus ou moins pâteuse qui roule sous la main, tantôt comme un cordon quelquefois mou, d'autres fois plus ou moins dur, d'une dureté franche et sans crépitation.

« Le cæcum contraste ordinairement par son volume avec le reste du côlon dont le calibre est beaucoup plus étroit, l'ensemble de l'organe représentant une cavité à long col. Le *côlon transverse* se perçoit au-dessus ou au-dessous de la ligne ombilicale, le *côlon descendant* dans la fosse iliaque gauche. Ces deux segments ont l'aspect tantôt d'un cordon mou, tantôt d'un cordon parfois simplement tendu ou ligneux, d'autrefois d'une dureté extrême et d'un calibre réduit rappelant le *tuyau de pipe*.

« Du côté de la région épigastrique, la palpation profonde nous fait percevoir une cavité que l'on peut le plus fréquemment délimiter soit par le *clapotage*, soit par la *sensation d'un flot* qui vient frapper la main appliquée sur la région épigastrique lorsqu'on imprime au thorax des mouvements de succussion, soit, dans des cas plus rares, par la *sensation de ballottement* produite par le déplacemnt total de la poche gastrique. Tous ces signes objectifs ont une signification précise que le médecin apprend à connaître ; ce ne sont pas des signes de caractère banal ou vulgaire ; ils apparaissent à un moment donné de la phase digestive et de la maladie.

« Enfin, l'examen méthodique des hypocondres nous révèle la fréquence extrême de la mobilité respiratoire des reins et du foie, le déplacement fixe non moins fréquent de ces viscères, soit dans la station couchée, soit surtout dans la station debout. Ces prolapsus viscéraux coïncident souvent avec un abaissement de l'estomac, qui est plus ou moins vertical, et du côlon transverse que l'on voit dans maintes circonstances descendre jusqu'au voisinage de la région pubienne. Signalons enfin qu'il n'est pas rare de trouver les portions ascendante et descendante du côlon déjetées vers la ligne médiane, et le cæcum remonté jusqu'au voisinage de l'hypocondre droit.

« Avec la *percussion*, nouvelle série de faits positifs :

« Trois zones sonores distinctes se partagent la surface de l'abdomen : l'une correspond à l'estomac, l'autre au cæcum, la troisième à l'intestin grêle.

« La disposition de la sonorité dans ces trois zones est variable.

« Chez certains malades, et c'est la catégorie la plus fréquente, c'est la région de l'estomac qui donne le son le plus intense et le plus bas ; chez d'autres, au contraire, le maximum de la sonorité répond à la région de l'intestin grêle ; un son faible et élevé est perçu dans le premier cas au niveau du grêle, dans le second cas au niveau de l'estomac. Parfois, les différences de sonorité, à la fois comme tonalité et comme intensité, sont presque nulles entre les diverses régions ; d'autres fois elles sont extrêmes : l'estomac, par exemple, donne un son grave, le grêle un son très élevé. Dans des cas assez rares, l'oreille la plus exercée ne perçoit aucune différenciation dans la sonorité des trois segments : l'abdomen rend un son uniforme, généralement de tonalité

plus ou moins basse ou grave. Tel ventre est d'une sonorité exagérée, tel autre ne sonne pas. Tantôt ce sont les notes basses qui prédominent, tantôt ce sont les notes élevées. Dans des circonstances fréquentes, la sonorité a un timbre musical particulier que l'oreille n'oublie pas dès qu'elle l'a une fois nettement perçu.

« On peut voir la sonorité abdominale garder une fixité presque invariable pendant toute la durée d'un examen même prolongé ; il est d'autres cas, au contraire, où l'observateur assiste à des variations de la sonorité de chacun des segments du tube digestif ; le son intense apparaissant sur un point est remplacé sur un autre par l'absence de sonorité ; un son de tonalité basse se change sous le doigt qui percute en un son de tonalité élevée. Dans des circonstances spéciales, la surface de l'abdomen n'est plus qu'une *mosaïque sonore* où se produisent des modifications incessantes qui semblent n'obéir à aucun ordre ni à aucune loi.

« Toutes ces sonorités, si étranges et si déconcertantes par leur variété et leur mobilité, n'en ont pas moins, considérées isolément ou dans leur groupement clinique, une signification très nette pour l'observateur instruit, et ces variations de tonalité et d'intensité, si confuses en apparence, obéissent à des lois précises comme les manifestations vitales qui les commandent.

« En effet, les sons que l'on obtient en percutant l'abdomen sont produits par les vibrations de la membrane digestive. Or, la membrane digestive, membrane vivante, est modifiée sans relâche par des processus vitaux de toute nature, musculaires, circulatoires, glandulaires, etc., qui en font varier à chaque instant les conditions de *vibratilité*. Toutes les oscillations de la vie de la membrane se reflètent donc admirablement dans les formes incessamment changeantes qu'elles impriment aux vibrations sonores. On conçoit dès lors l'extrême intérêt d'un procédé à la fois très clinique et très pratique qui nous permet de suivre *sur le vivant*, jusque dans leurs manifestations les plus délicates, les oscillations de la vitalité digestive.

« L'expérience nous a appris que l'on pouvait ranger sous trois chefs toutes les variétés de son obtenues par la percussion :

Le son simple,
La résonance,
Le tympanisme.

« Le son simple est le signe de l'adaptation parfaite du segment digestif au travail qu'il doit accomplir ; la résonance en traduit l'insuffisance et la distension ; le tympanisme, de timbre musical, indique la *tétanisation* de la paroi digestive, l'*arrêt* momentané des processus vitaux dont elle est le siège. »

II

« Tous ces symptômes objectifs correspondent à des états réactionnels particuliers ; ils sont des manifestations du fonctionnement de l'appareil digestif.

« L'exploration externe donne une idée très physiologique de la digestion et de ses déviations fonctionnelles. Avec l'expérience, le clinicien arrive à grouper en un faisceau tous les symptômes de même signification, et à placer en regard du syndrome anatomique, le syndrome fonctionnel, *le type digestif*, qui lui correspond.

Tous les phénomènes vitaux de l'appareil digestif évoluent parallèlement aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal : l'insuffisance motrice accompagne toujours l'insuffisance sécrétoire ; l'hypersécrétion, signe de réaction glandulaire violente, marche de pair avec la distension du segment, signe de l'effort de la fibre musculaire, etc.

« L'importance pratique de cette notion du *consensus fonctionnel* de tous les tissus digestifs n'échappera à personne, car si l'un des actes vitaux de la digestion arrive à s'extérioriser d'une façon suffisante pour être nettement perçu par nos sens, nous pouvons embrasser, dans l'ensemble de ses actes, la fonction tout entière. La synergie fonctionnelle, qui existe entre tous les éléments anatomiques de l'appareil digestif, se manifeste également entre les divers segments de cet appareil (foie, glandes salivaires, pancréas).

Grâce à ces phénomènes simultanés qui se produisent à la fois dans la cavité gastrique, dans le duodénum et dans le cæcum, l'exploration externe peut, en saisissant une seule de ces manifestations, éclairer le clinicien sur tout le cortège des autres. Elle peut même le renseigner sur l'évolution antérieure du tube digestif tout entier.

L'appareil digestif passe par trois phases successives de croissance, de maturité, de déclin, auxquelles correspondent des aptitudes réactionnelles différentes et dont l'exploration externe est à même de fournir les traits caractéristiques propres à chacune d'elles. Mais, indépendamment de cette évolution physiologique, qui explique le mode d'alimentation particulier à chacun des âges de la vie, le tube digestif obéit aux lois d'une évolution spéciale de nature *pathologique*, que le médecin doit connaître, sous peine de commettre fréquemment de grossières erreurs dans l'appréciation des forces digestives de son malade.

« Assailli sans cesse par de nombreuses causes de maladies, entravé dans son fonctionnement normal par de fréquentes erreurs d'hygiène générale et d'hygiène alimentaire, l'appareil digestif ne se laisse cependant pas entamer *sans se défendre*.

« Cette défense revêt des formes diamétralement opposées, suivant les aptitudes réactionnelles de l'organisme. De là deux classes de malades : les *Forts* et les *Faibles*.

« L'appareil digestif des *Faibles* résiste mal aux causes pathogènes, ou plutôt sa résistance est purement passive. Sous l'influence d'un refroidissement, d'un écart de régime, d'un travail excessif, le *ventre s'affaisse* rapidement et donne à la palpation superficielle la sensation *d'empâtement diffus*, à la palpation profonde la sensation caractéristique de *chiffons mouillés* qui traduit l'affaissement et l'imperméabilité des anses digestives.

« Cet état morbide, auquel nous donnons le nom très simple d'*état subaigu*, véritable état d'engourdissement, d'inhibition des voies digestives, peut se reproduire un très grand nombre de fois sans que la vitalité de l'appareil paraisse en être trop profondément atteinte. Après chaque secousse, en vertu de l'excitabilité exquise des *Faibles*, le ventre reprend ses caractères normaux de souplesse et d'élasticité, pen-

dant que parallèlement les troubles fonctionnels s'amendent.

« Ce n'est qu'à la longue, sous l'influence de l'âge, à moins de grossières erreurs d'hygiène thérapeutique, que l'on voit le ventre s'affaisser, se creuser tout en gardant une partie notable de son élasticité, prendre, en un mot, les caractères *de la phase de déclin*. L'état subaigu, et c'est là un des traits caractéristiques du *Faible*, peut se prolonger pendant des mois, le plus souvent, sous l'influence d'interventions thérapeutiques malencontreuses ; on reconnaît cet état *à la consistance pâteuse du ventre* ; c'est un état curable, un épisode évolutif ; il ne faut pas le considérer comme un signe de marasme digestif.

« Chez les *Forts*, au contraire, la résistance aux causes pathogènes est active. Elle s'organise lentement et se manifeste par le développement progressif de *l'hypermégalie abdominale*, reflet extérieur de la dilatation et de l'hyperplasie du tube digestif. Cette hypermégalie abdominale est un gros phénomène d'évolution, qui domine toute la vie pathologique de l'individu, et autour duquel viennent se grouper les incidents morbides les plus variés. Véritable adaptation compensatrice aux conditions nouvelles créées par la maladie, elle peut apparaître à des âges différents de la vie, souvent dans l'enfance, ordinairement à l'âge adulte, plus rarement au seuil de la vieillesse. L'hypermégalie abdominale peut rétrocéder, disparaître, pour se reproduire à une époque ultérieure de la vie ; en un mot, la compensation, dont elle est la représentation objective, peut se manifester d'une façon intermittente. Mais, à la longue, la résistance de l'appareil digestif est vaincue ; la période de compensation prend fin ; après dix, quinze, vingt ans, parfois après quelques années, ou quelques mois, le ventre hypertrophié s'affaisse, s'effondre : c'est la phase de déclin, la déchéance évolutive de l'appareil digestif. »

M. Vincent, partant de cette *notion abdominale*, telle qu'elle s'est révélée par l'observation clinique, s'élève à une conception d'un ordre plus général et d'une portée plus grande encore. Le consensus fonctionnel de tous les éléments et annexes du tube digestif, montre qu'il en est de même de tout l'organisme et que tous les appareils sont un ensemble d'éléments cellulaires orientés dans le même sens. « Tout l'organisme vibre à l'unisson. » Sous la multiplicité souvent paradoxale et contradictoire, en apparence, des formes réactionnelles locales, le clinicien prévenu et instruit saura toujours reconnaître le sens univoque et déterminé de la réaction générale. C'est cette unité fonctionnelle du groupement général des éléments cellulaires et des appareils organiques, qui est le principe fondamental de la science clinique.

« Cette unité admise, il en résulte que la connaissance *approfondie* d'un seul élément ou mieux d'un seul appareil, nous livre le secret des diverses manifestations phénoménales quel qu'en soit le siège.

« Nous arrivons ainsi, en partant d'une méthode exceptionnellement féconde, qui nous a permis de suivre les phénomènes évolutifs d'un vaste système organique au cours de la vie de l'individu, à embrasser d'un coup d'œil l'organisme humain tout entier, j'allais dire la cellule humaine, dans son évolution totale depuis la naissance jusqu'à la mort.

« L'organisme lutte incessamment contre les multiples causes de destruction et de mort qui l'environnent. Chez quelques rares individus privilégiés, l'équilibre vital se maintient grâce aux seules ressources des forces physiologiques. Chez le plus grand nombre, l'insuffisance de résistance native ou la violence des causes pathogènes détermine des modifications réactionnelles sur un ou plusieurs points de l'économie. »

III

Les applications pratiques que M. Vincent tire de cette méthode d'exploration externe sont d'ordre hygiénique et prophylactique.

« Et d'abord, pour ce qui concerne l'appareil digestif, nous avons vu que les nombreuses formes réactionnelles qui viennent s'objectiver à l'exploration externe ne sont autre chose que des manifestations de la vie, c'est-à-dire de la fonction de cet appareil. Or cette fonction est subordonnée, comme toutes les autres, à un aiguillon, à un excitant extérieur, qui dans le cas particulier est *l'aliment*. L'aliment est le stimulus naturel de la membrane digestive comme l'air est le stimulus naturel du poumon, la lumière celui de la rétine, etc.

« La notion digestive, telle qu'elle se révèle à nous par l'exploration externe, n'est donc autre chose que la *notion du conflit de la membrane digestive avec l'aliment*. Il en résulte que connaître les divers états de cette membrane c'est, du même coup, connaître l'aliment qui lui convient dans tel ou tel cas particulier. »

Régime carné et sec aux hypermégaliques abdominaux, régime végétal et aqueux aux tempéraments secs et maigres ; régime soigneusement mitigé aux déchus dyspeptiques.

Voici, d'ailleurs, d'après M. le Dr Maurel, les principes hygiéniques qui doivent guider le médecin dans l'établissement des rations alimentaires, selon les climats et les saisons, et proportionnellement aux dépenses de l'organisme (1).

A. Relativement à la ration d'entretien de l'homme adulte :

1° Il est indispensable de tenir compte des climats et des saisons pour fixer cette ration ;

2° Nous devons tenir compte de ces influences toutes les fois que nous aurons à fixer le régime d'une seule personne ;

3° Il y aurait une grande utilité à admettre le principe de la pluralité des rations en laissant au commandement et au service de santé le soin de déterminer l'époque où l'on devrait adopter l'une quelconque de ces rations ;

4° Quand il s'agit d'une personne isolée, il faut tenir grand compte de son poids normal. C'est ce dernier qui sert de base à la ration qui varie ensuite selon la température ambiante ;

5° Pour les agglomérations, on peut s'en tenir à la ration fixée pour l'homme adulte de 65 kilogrammes, pendant les saisons intermédiaires de nos climats et dont voici la composition approximative :

Le premier déjeuner — consistant en 50 grammes de pain, 100 grammes d'infusion de café, 100 grammes de lait et 10 grammes de sucre — donnera 245 calories.

(1) Dr A. Roussel, in *Gaz. des Hôp.*, 1902.

Le deuxième déjeuner — composé : 1° de deux œufs ou de 100 grammes de poisson, ou de 80 grammes de volaille ou de viande de boucherie ; 2° de 150 grammes de légumes frais ou 50 grammes de légumes secs préparés ; 3° de 25 grammes de fromage ; 4° de 100 grammes de fruits frais ou secs en alternant ; 5° de 150 grammes de pain et 6° de 25 centilitres de vin — donnera 1,055 de calories.

Le diner — composé : 1° d'un potage ; 2° de 100 grammes de viande de boucherie ou de volaille rôtie ou en ragoût ; 3° de 150 grammes de légumes frais ou 50 grammes de légumes secs en alternant ; 4° de 25 grammes de fromage ; 5° de 150 gramme de fruits frais ou 50 grammes de fruits secs en alternant ; 6° de 150 grammes de pain, et 7° de 25 centilitres de vin — donnera 1300 calories.

Soit au total, pour ces trois repas, 2600.

Le poids de 65 kilogrammes qui sert de base à la ration est un peu au-dessus de la normale, surtout quand il s'agit de militaires ne dépassant guère vingt-cinq ans et ensuite, les 2,600 calories, auxquelles cette ration correspond, dépassent d'une centaine de calories la quantité de 38 calories par kilogramme ;

9° Dans la fixation de ces rations, de quelque manière qu'on les compose, il n'y a que deux conditions dont il faut absolument tenir compte mais celles-ci indispensables : *a.* restreindre les azotés à la quantité nécessaire pour équilibrer les dépenses albuminoïdes en étant sûr de ne pas rester au-dessous ; *b.* donner les aliments ternaires en quantité telle que, réunis aux azotés, ils donnent le nombre de calories voulu, également sans rester au-dessous.

B. Relativement à la ration de travail de l'homme adulte :

1° La ration de travail se compose d'abord de la ration d'entretien, calculée comme il vient d'être dit, et en outre d'une quantité d'aliments suffisante pour donner le nombre de calories dépensées par le travail ;

2° La quantité d'aliments nécessaires pour faire face à ces dépenses peut être évaluée à un sixième de la ration d'entretien pour un travail moyen et à deux sixièmes pour le travail fort ;

3° Calculée en calories, la ration du travail moyen correspond à 300 ou 400 calories ; et le travail fort, de 500 à 700 calories ;

4° Cette augmentation, pour le même travail, est proportionnelle à la température extérieure. Il demandera donc une dépense d'autant plus élevée que la température par laquelle le travail est accompli est plus basse ;

5° Il faut tenir compte, en effet, de ce que, dans l'augmentation correspondant à la ration de travail, la partie la plus importante est nécessitée par les pertes dues au rayonnement et au non travail mécanique lui-même ;

6° Dans ces augmentations des aliments pour arriver à la ration de travail, les pertes dues à ce dernier étant couvertes surtout par les ternaires, il faut augmenter ces derniers dans des proportions plus fortes. Aussi, pendant que les ternaires sont augmentés d'un cinquième, les azotés ne le sont que d'un dixième ;

7° Pour les troupes, la vie en campagne, selon les conditions de fatigue auxquelles elles sont soumises, doit être considérée comme équivalente au travail moyen ou au travail fort.

Bien entendu, c'est toujours la ration d'entretien du climat et de la saison correspondante qui sert de point de départ.

Tout ce qui précède concerne l'homme adulte, soit de vingt à quarante-cinq ans. C'est cette période de la vie qui, du reste. intéresse le plus les médecins de la marine et des colonies pour lesquels cet ouvrage est écrit spécialement.

Quant à la ration de la femme adulte à l'état normal, à celle de la grossesse, de l'allaitement à celle de la croissance et enfin à celle de la vieillesse, l'auteur se réserve d'en traiter plus tard. Mais déjà il est permis d'affirmer que toutes, de même que celle du travail, doivent avoir pour base la ration d'entretien telle qu'elle a été fixée selon les saisons et les climats par kilogramme du poids normal.

Dr Paul HUGUENIN.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les amibes dans la dysenterie.

On sait que le rôle attribué aux amibes dans la genèse de la dysenterie constitue une question encore loin d'être tranchée d'une façon définitive. Tandis que certains auteurs ont trouvé d'une manière constante ces protozoaires dans la dysenterie d'Egypte, d'autres n'ont rencontré dans cette affection, en Europe, qu'un bacille bien déterminé, assez analogue au bacille d'Eberth, quoique immobile, agglutiné par le sérum sanguin des dysentériques, auquel ils ont reconnu la spécificité dans la maladie en question.

Or, voici que le Dr *Jaeger* (*Berl. Klin. Woch.* n° 36, 1901) nous dit avoir rencontré des amibes dans 30 cas de dysenterie épidémique, observés par lui en Allemagne. Il attribue en conséquence un rôle important et primordial dans la genèse de l'affection à ces parasites, qui se rapprochent beaucoup des amibes égyptiens, sans toutefois leur être identiques.

Ces amibes de Jaeger se distinguent très bien des protozoaires analogues qui sont les hôtes habituels et inoffensifs du tube digestif.

Tout d'abord, leur présence coïncide exclusivement avec la durée du processus dysentérique. Ces amibes sont d'autant plus mobiles que la maladie est plus récente, que les selles renferment plus de globules sanguins et purulents. Leur disparition se produit à mesure que les selles redeviennent fécaloïdes ; dans les fèces ordinaires, et même diarrhéiques, on n'en trouve pas.

Ces parasites présentent encore la particularité d'absorber les globules sanguins ; dans toutes les préparations microscopiques de l'auteur, ils en renferment un ou plusieurs.

De plus, il est toujours impossible de les cultiver, phénomène qui n'existe pas pour les hôtes habituels de l'intestin.

Enfin, ils ont une action pathogénétique sur les chats. Or, Kruse a démontré que l'amibe de la dysenterie égyptienne, injectée dans le rectum des chats, produisait une diarrhée sanglante mortelle chez la moitié de ces animaux, lesquels présentaient à l'autopsie des tuméfactions de la muqueuse rectale. Les animaux les plus vigoureux et les plus âgés résistaient à l'infection. Jaeger a pu vérifier, au moyen de ces amibes, les assertions expérimentales de Kruse.

Tous ces faits permettent d'affirmer qu'il se trouve en présence de l'*amoeba dysenteriæ*, et non pas de l'amoeba coli saprophyte.

L'ostéomyélite chez les nouveau-nés.

Le docteur *Elgart* rapporte un cas d'ostéomyélite survenue chez un enfant âgé de deux semaines, et dont l'étiologie est très intéressante.

La mère de l'enfant, secondipare, présenta, au 7e mois de sa grossesse, une polyarthrite suraiguë qui la força à s'aliter pendant quinze jours. L'accouchement se fit dans le 8e mois. Dès le 6e jour après sa naissance, l'enfant présenta une sorte d'éruption eczémateuse ; puis, à la fin de la deuxième semaine, il eut de la fièvre, et une tuméfaction, sans rougeur, au début, des deux jambes. Au bout de quelques jours, la tuméfaction disparut spontanément à gauche, mais elle augmenta à droite, et s'accompagna bientôt de rougeur. Cette tuméfaction mit alors trois jours à s'abcéder, et on posa le diagnostic d'ostéomyélite. Au bout de quatre mois, il fallut extirper un séquestre volumineux, qui représentait toute la moitié supérieure de la diaphyse tibiale. La marche de l'affection fut favorable, et six semaines après, la cavité était comblée. A ce moment déjà, le membre atteint présentait un raccourcissement de 1 centimètre 1/2. Quatre mois après, il n'y avait plus que 3/4 de centimètre de différence. Quant au reste, l'enfant était bien portant.

* * *

L'ostéomyélite est une affection rare chez les nourrissons, quoique ceux-ci puissent déjà présenter des processus septiques de toute sorte. Il faut dire, en effet, que les causes prédisposantes, telles que l'intensité physiologique de la croissance, manquent à cet âge, et se présentent plutôt entre 9 et 14 ans. Il faut admettre chez le nouveau-né une hyperémie fonctionnelle de la moelle osseuse dans laquelle peut alors se localiser, par métastase, quelqu'affection septique.

Mais cette prédisposition que nous venons de citer est chose rare chez le nouveau-né, aussi les processus septiques ne se localisent-ils pas fréquemment dans la moelle osseuse.

Aldibert n'a pu retrouver dans la littérature médicale que 33 cas d'ostéomyélite chez des enfants au-dessous de deux ans. La maladie comporte à cet âge un pronostic plus sérieux, car elle envahit fréquemment plusieurs os, gagne facilement les épiphyses et amène souvent des complications articulaires.

Par ordre de fréquence, l'ostéomyélite envahit le tibia, le fémur, puis l'humérus, le radius, enfin rarement le cubitus, le sternum, l'omoplate, le métacarpe. L'hypérémie médullaire, citée plus haut, semble pouvoir expliquer la localisation plus fréquente de l'ostéomyélite aux membres inférieurs.

Il s'agit, en effet, surtout d'une hyperémie passive veineuse, qui permet aux germes infectieux de se déposer plus facilement dans les extrémités inférieures.

Comment expliquer l'*étiologie* du cas cité par Elgart ? Deux facteurs sont en jeu : tout d'abord il y a de la polyarthrite, que présente la mère au cours de la grossesse. On pourrait, en effet, penser que cette infection générale aurait gagné le fœtus par la voie placentaire ; mais l'enfant resta apyrétique au début, et sa température ne s'éleva qu'au bout de dix jours.

En second lieu, il faut songer à l'éruption eczémateuse présentée par l'enfant. Celle-ci avait un caractère purulent : elle débuta six jours après la naissance, c'est-à-dire une semaine avant la tuméfaction apparente de la jambe. Il faudrait donc admettre dans ce cas un état septique, consécutif à une infection cutanée, ayant pour origine les pustules eczémateuses.

Beaucoup d'auteurs considèrent, en effet, la peau comme une porte d'invasion pour l'ostéomyélite. D'après Lannelongue, en particulier, la plupart des cas sont consécutifs à des excoriations, des furoncles, des abcès. A ce mode d'infection, se rattachent aussi, consécutivement à la vaccination, les ostéomyélites septiques secondaires (Lindermann), ou les ostéomyélites varioleuses spécifiques (Chiari-Mallory). D'autres auteurs, sans nier la part qui peut revenir au revêtement cutané, considèrent comme portes d'entrée plus fréquentes les amygdales nasales ainsi que les muqueuses nasales et pulmonaires. Car il existe aussi une variété d'ostéomyélite due au pneumocoque. On a quelquefois incriminé aussi les muqueuses intestinale ou utérine.

Elgart pense que dans son cas les deux facteurs cités plus haut peuvent entrer en ligne de compte et l'infection cutanée, et l'infection intra-utérine. La fièvre, en effet, ne fut constatée que le 10e jour, mais rien n'affirme, que des parents peu observateurs n'aient pu ne pas la déceler auparavant, quand la température était encore peu élevée. Ensuite l'accouchement au 8e mois démontre que le placenta devait présenter des lésions dégénératives ou inflammatoires.

Bref, l'étiologie de ce cas reste obscure ; le jeune âge du sujet le rend seul intéressant. (*Wien. Klin. Wochen*, 1901, n° 49.)

Sur la syphilis de la cavité buccale.

La cavité buccale est une porte d'entrée fréquente pour le virus syphilitique ; c'est la plus fréquente après la région génitale. L'affection initiale doit y être surveillée avec d'autant plus de vigilance que l'induration, l'ulcération, et l'engorgement ganglionnaire indolent, qui forment ses trois caractères principaux, sont loin de revêtir toujours des caractères typiques.

Le chancre du début, quand il siège à la région labiale, affecte plus volontiers la lèvre inférieure que la lèvre supérieure. La région atteinte présente fréquemment, sur une vaste étendue, des signes d'œdème, de rougeur inflammatoire ; elle paraît tuméfiée, et porte sur son centre une ulcération. Celle-ci est couverte du côté extérieur d'une croûte, de coloration jaune, brune ou noire, formée d'imbrications à la façon d'une écaille d'huître ; du côté inférieur, au contraire, elle présente un enduit adhérent, grisâtre, diphtéroïde, qui ne laisse libre que le bord rouge brun de l'ulcération. La croûte arrachée, on trouve soit une excavation plus ou moins profonde, soit une surface rouge brunâtre, brillante, une érosion légèrement sanguinolente, qui présente à la palpation l'induration caractéristique. Enfin la tuméfaction, souvent visible à l'œil, des ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires, d'ailleurs indolents, complète l'image clinique de la lésion.

Malheureusement, c'est là un aspect classique, qui n'est pas fréquent. Le diagnostic devient très délicat, quand on se trouve en présence de lésions initiales atypiques des lèvres. Celles-ci revêtent l'aspect de rhagades ou de plaies persistantes qui occupent de préférence le milieu de la lèvre inférieure et de la commissure labiale. En pareil cas, la tuméfaction est faible, l'induration peu accentuée et peu étendue. Quand il s'agit de malades qui présentent habituellement des gerçures aux lèvres et de la stomatite, il est presque impossible de poser un diagnostic ; tout au plus peut-on être mis sur la voie par la persistance de la rhagade, par sa faible tendance à la guérison. La présence de ganglions peut éclairer le médecin.

Après les lèvres, c'est la langue qui porte le plus souvent le chancre initial. Celui-ci en occupe la partie antérieure, et plus spécialement la pointe ou les bords. Il présente l'aspect d'une erosion aplatie, rouge-foncée, ou couverte d'un enduit diphthéroïde. Celle-ci est bien délimitée, de circonférence ronde ou ovale, et présente seulement une induration en forme de lame. Le chancre peut encore représenter une ulcération ronde ou ovale, en cratère profond, à fond lardacé, et dont le bord est surélevé. Cette lésion est également indolente, et s'accompagne de ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires.

D'une façon très rare, l'accident initial de la syphilis se localise aux gencives. En pareil cas, il affecte de préférence la partie tout à fait antérieure de la mâchoire supérieure. Le plus souvent, il s'agit alors d'une infiltration assez marquée, bien délimitée, de coloration brun-rougeâtre, dont la surface seulement est érodée ou diphtéroïde. Elle occupe généralement l'étendue de deux ou trois dents, se développe soit en avant, soit dans les espaces interdentaires, et présente une consistance un peu plus dure que la gencive avoisinante. Les dents correspondantes peuvent être quelquefois ébranlées. Les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires participent à l'infection : on ne signale que très rarement la présence du ganglion préauriculaire. La sensibilité, réveillee par cette lésion est très variable, celle-ci peut être très douloureuse.

Quelquefois, il est presqu'impossible de diagnostiquer le chancre des gencives ; quand par exemple il consiste en une érosion superficielle, sa coloration jambonnée, sa surface plus brillante peuvent seules faire penser à la spécificité. Encore faut-il citer l'indolence des ganglions.

Le chancre du palais est également chose rare, il en est de même pour celui des joues, des amygdales.

Il faut insister un peu sur le chancre des amygdales, car il présente ici certains caractères particuliers, qui ne se retrouvent pas dans les autres régions, et qui rendent par conséquent le diagnostic plus difficile. Tout d'abord cette variete est douloureuse ; et les sensations subjectives sont quelquefois si intenses que les malades n'accusent primitivement à leur médecin que le symptôme douleur. Cette douleur se produit par accès ; elle occupe toute la moitié correspondante de la tête, s'irradiant vers les oreilles, vers la nuque.

Un deuxième symptôme, susceptible d'induire en erreur, c'est la fièvre ; le malade éprouve des frissons intenses, de la fatigue, de la céphalée, et le thermomètre atteint 40°.

L'amygdale peut n'être que tuméfiée, d'une rougeur vive, sa surface étant normale, ou légèrement érodée, sa consistance atteignant parfois la dureté de la pierre, ou n'étant qu'œdémateuse ; mais le plus souvent, elle présente des caractères plus marqués. Elle est le siège d'une ulcération profonde, cratériforme, à bords durs, rappelant plutôt par son aspect extérieur une gomme, ou un néoplasme malin que l'accident initial de la syphilis. Enfin l'amygdale tuméfiée peut être recouverte d'une pseudo-membrane adhérente, blanchâtre, diphtéroïde. Dans tous les cas de chancres tonsillaires, les régions ambiantes sont œdématiées, tuméfiées, rougeâtres ; aussi la douleur intense, la fièvre et les phénomènes généraux aidant, on peut confondre le chancre avec une angine simple phlegmoneuse, diphtéritique. Mais s'il s'agit de syphilis, la lésion sera beaucoup plus longue à guérir que dans les affections précédentes, et les ganglions voisins seront pris. Ce n'est pas à dire que ce dernier caractère manque dans les autres lésions tonsillaires, mais alors les masses ganglionnaires sont douloureuses.

Enfin toutes ces difficultés seront levées, et la lumière se fera, si nous pouvons attendre les accidents secondaires, qui ne tarderont pas à être décelés, huit à dix semaines après l'infection syphilitique.

Arrivons aux accidents secondaires de la syphilis buccale. On observe tout d'abord l'érythème syphilitique, qui siège de préférence sur le voile du palais et sur le tissu adénoïdien de l'arrière-gorge, sous forme de rougeur diffuse. Sur la voûte palatine, ces placards prennent des contours serpigineux. On observe aussi des vésicules, qui laissent après elles de petites érosions à guérison rapide. Le plus souvent on note, d'une façon concomitante, une tuméfaction des deux amygdales, appelée angine syphilitique, qui rappelle beaucoup l'angine catarrhale. Mais bientôt ces manifestations syphilitiques se caractérisent tout à fait par l'apparition de la plaque muqueuse. A certains endroits, se développent d'abord des rougeurs, ayant environ les dimensions d'une lentille ; puis on voit leur centre se surélever, s'éroder, et se couvrir d'un enduit très adhérent, jaune-blanchâtre, répondant aux couches épitheliales superficielles, qui sont tuméfiées. Si on enlève cet enduit, on trouve une surface saignante, érodée. Quand les plaques muqueuses siègent aux commissures labiales, leur partie cutanée est plus ou moins surélevée, jambonnée, encroûtée, sèche, tandis que leur région correspondant à la muqueuse est couverte d'un enduit humide, brillant, jaunâtre ; en outre, elles apparaissent comme repliées sur elles-mêmes en leur milieu, et montrent des rhagades saignantes, plus ou moins profondes, plus ou moins nombreuses.

Les plaques muqueuses se trouvent assez rarement dans le repli gingivo-labial, ou sur les gencives.

Certaines circonstances peuvent favoriser l'éclosion de ces accidents au niveau de la langue. Ce sont : la macroglossie, les excitations locales (tabac-boissons fortes), les excitations mécaniques (mauvaise dentition, dents mal soignées,

tartre dentaire). La plaque muqueuse de la langue ne se distingue pas de celle des muqueuses en général. A côté des papules plates, on trouve les rhagades, les formes fissuraires, dont le bord est rouge, bien délimité ou couvert d'un léger exsudat diphtéroïde. Sur les bords ou sur la surface de la langue, plusieurs rhagades peuvent se rencontrer, se croiser, d'où production de fissures étoilées, dont le centre forme une dépression profonde, ou une ulcération. Les plaques muqueuses se rencontrent le plus souvent sur le 1/3 moyen de la surface linguale.

Cette dernière lésion peut quelquefois revêtir une forme spéciale, appelée la plaque lisse par les auteurs français. C'est une surface délimitée rouge, lisse, qui se distingue par sa couleur rouge de l'enduit général blanc-grisâtre, de la langue ; il semble qu'à cet endroit, on ait frotté, lissé la muqueuse. Cette forme est particulièrement persistante et rebelle à la guérison ; elle récidive facilement.

Comme intermédiaire entre les accidents secondaires et tertiaires, il faut citer la leucoplasie de la muqueuse buccale, qui permet quelquefois de reconnaître la syphilis, longtemps après sa guérison, ou la disparition des phénomènes morbides. Comme toutes les manifestations spécifiques de la bouche, elle peut être provoquée ou entretenue par des excitations locales (tabac, mauvaise dentition). Elle apparaît sous forme de plaques plus ou moins diffuses, au niveau desquelles l'épithélium semble épaissi, dépoli ; au centre de la plaque celui-ci peut être éliminé, d'où érosions douloureuses, à surfaces saignantes, qui peuvent se surélever et se couvrir d'enduit diphtéroïde. Les sièges de prédilection de la leucoplasie, appelée encore psoriasis mucosæ, sont les lèvres et leurs commissures, le repli labio-gingival. la pointe, les bords de la surface inférieure de la langue.

Arrivons enfin aux accidents tertiaires de la syphilis buccale ; ceux-ci se manifestent soit sur la muqueuse, soit sur les tissus sous-muqueux, soit encore sur le périoste ou l'os.

Les gommes revêtent ici, comme dans les autres régions, deux formes différentes. L'infiltration gommeuse peut être circonscrite, en forme de noyau ramolli dans son centre, et former des ulcérations, ou bien aplatie, diffuse, sans aucune tendance à la résolution, et donner une induration. Cependant quelques parties du noyau induré sont également susceptibles de se ramollir, d'où une forme mixte.

Les noyaux gommeux sont généralement multiples ; ils affectent de préférence la lèvre supérieure, et ont une tendance manifeste à s'ulcérer du côté du revêtement cutané. Il en résulte alors des ulcérations profondes cratériformes, à tissu lardacé, autour desquelles les tissus ambiants s'infiltrent, sans donner lieu à aucune autre réaction. L'ouverture du côté de la muqueuse est rare ; on l'observe cependant quelquefois. Au contraire les indurations gommeuses, ne s'ulcérant pas, ont une prédilection marquée pour la lèvre inférieure ; elles débutent plutôt vers une des commissures labiales. Au début, la lèvre paraît simplement augmentée de volume, puis survient de l'ectropion ; la muqueuse semble lisse, de coloration normale. Enfin, quand l'infiltration s'indure davantage, se ratatine, ce qui n'a pas lieu d'une manière uniforme, la muqueuse se ride par endroits, devient pâle, atrophique, et la lèvre s'amincit. Par contre, celle-ci augmente de consistance, car ses tissus deviennent de plus en plus durs et fibreux, la muqueuse, mal nourrie, atrophiée, peut même finir par s'éroder, par s'exulcérer ; et lorsqu'il y a forme mixte, les parties ramollies arrivent quelquefois à s'ouvrir au niveau de ces parties de muqueuse lésées.

La syphilis tertiaire de la langue présente une évolution analogue ; nous y trouvons à côté de la sclérose diffuse, la glossite gommeuse circonscrite, et la forme mixte.

La gomme de la langue peut débuter dans la sous-muqueuse, et on observe des ulcérations rondes, fissuraires, entourées d'un rebord induré. Quand la lésion se développe dans la musculature, il n'y a généralement qu'un noyau ou deux, qui déterminent néanmoins une voussure anormale. On sent alors dans le tissu lingual une infiltration dure, qui augmente lentement, tandis que la muqueuse reste normale, jusqu'au moment où celle-ci se ramollit, s'abcède à l'extérieur, et produit une ulcération profonde, cratériforme, d'aspect lardacé. Comme phénomènes subjectifs, on note toujours des douleurs, une gêne fonctionnelle marquée, et une salivation exagérée. Les gommes s'ouvrent presque toujours sur la face dorsale de la langue, et rarement du côté du plancher buccal.

La glossite scléreuse se traduit au début, comme à la région labiale, par une tuméfaction diffuse, la muqueuse restant intacte : puis il se produit des rides superficielles, quand l'infiltration se ratatine, s'indure. La langue augmente alors de consistance, elle devient plus dure ; ses mouvements se limitent. Les sensations subjectives sont minimes dans cette variété de gomme syphilitique.

D'une façon plus rare, on observe la glossite scléreuse, superficielle, prenant son origine dans le tissu sous-muqueux. En pareil cas, on sent de petites nodosités, ou de petits sillons indurés, à ce niveau la muqueuse perd sa constitution papillaire ; elle devient polie, brillante ; mais elle présente des fentes, des plis autour des sillons, et devient atrophique en ces endroits, en présentant une tendance manifeste à l'ulcération.

Assez fréquentes sont les lésions tertiaires du palais ; celles-ci sont primitives, ou consécutives à des affections nasales. Les gommes de la voûte palatine sont ou bien superficielles ou bien sous-muqueuses ; elles affectent de préférence la ligne médiane, et se présentent sous la forme de noyaux durs, multiples, brun-rougeâtres : les malades n'en souffrent pas, et n'en éprouvent qu'une gêne insignifiante ; aussi le médecin est-il rarement consulté à leur égard. Cependant ces noyaux arrivent quelquefois assez rapidement à s'exulcérer, dans ce cas le périoste et l'os, qui peuvent être dénudés, le sont sur une trop faible étendue, pour qu'il y ait nécrose. Ces ulcères guérissent assez vite sous l'influence d'un traitement approprié, et ne laissent après eux que des cicatrices légères, d'aspect blanchâtre.

Plus sérieux que ceux-ci, sont les noyaux gommeux profonds de la voûte palatine, ceux-ci, en effet, gagnent rapidement le périoste. Ces tumeurs sont rarement multiples, elles siègent

sur la ligne médiane et ne déterminent que des symptômes subjectifs de faible importance. La tuméfaction se ramollit vite, et donne un trajet fistuleux, qui permet d'arriver sur des séquestres osseux.

On peut observer une évolution analogue, quand le processus débute par le bas-fond de la cavité nasale. Il en est de même s'il a pour origine l'os, ou le périoste, et non pas le tissu sous-muqueux.

Mais il existe aussi une forme de périostite irritative, assez précoce, qui marque souvent le passage de la période secondaire à la période tertiaire. Il se développe, au milieu de phénomènes très douloureux, une tuméfaction de forme ovoïde sur la voûte palatine ; au-dessus d'elle, la muqueuse est normale. Celle-ci amène une néoformation osseuse, sans exostose, qui peut disparaître quelquefois, sous l'influence du traitement spécifique.

Mises à part naturellement, les manifestations périostiques et osseuses, le voile membraneux du palais peut présenter les mêmes lésions tertiaires que la voûte palatine. Consécutivement à ces manifestations, on peut observer des perforations faisant communiquer les cavités nasale et buccale.

Le bord alvéolaire de l'un et de l'autre maxillaire peut aussi présenter des infiltrations tertiaires. Ces lésions sont néanmoins plus rares que celles de la voûte palatine. Au milieu de douleurs assez violentes, on voit une ou plusieurs dents s'ébranler, puis tomber, la gencive devenir rouge, se tuméfier, et enfin une ulcération se développer sur la muqueuse, avec élimination d'un pus fétide. Le plus souvent le processus se localise aux alvéoles, correspondant aux incisives du maxillaire supérieur, au bout d'un certain temps, il se forme un séquestre qui s'élimine, et la lésion se cicatrise.

Les processus tertiaires des maxillaires, en particulier du maxillaire supérieur, ne sont pas rares. Les ostéo-périostites, quelquefois primitives, peuvent aussi se développer consécutivement à une lésion du nez ou du voile du palais. Le plus souvent il y a nécrose partielle ; mais parfois on a observé des nécroses étendues faisant communiquer les sinus maxillaires, le nez et la bouche.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les honoraires des Maîtres dans la clientèle civile.

Certains organes de la *Grande Presse* font actuellement des gorges chaudes à propos d'un jugement rendu ces jours-ci par la 5e chambre du Tribunal civil. « *Le Radical* », notamment, dans son numéro du 28 mars dernier, cite les noms et précise les faits dans les termes suivants :

L'épicier et le chirurgien.

Un épicier de Nanterre, sur le conseil de son médecin ordinaire, eut recours, pour pratiquer une opération chirurgicale sur sa femme enceinte, aux bons offices du docteur Albarran, chirurgien agrégé des hôpitaux.

La malade fut transportée dans une maison de santé de la rue Blomet ; la laparotomie fut faite, et elle fut sauvée.

Mais quand l'opérateur présenta la note d'honoraires : 6,000 francs, le petit épicier jeta les hauts cris. Comment pourrait-il payer une pareille somme! Il avait acheté son fonds 4,800 francs, et son loyer ne s'élevait qu'à 809 francs.

Il se plaignit à son médecin ordinaire, qui lui répondit : « Qu'est-ce que vous voulez ? Il fallait envoyer votre femme à l'hôpital ! Vous avez voulu un prince de la science. Ça se paye. »

Le petit épicier offrit, finalement, 1,000 francs. Ils ne furent pas acceptés.

Le chirurgien lui écrivit :

« Paris, 1er mai 1902.

Monsieur,

L'opération que j'ai faite à Mme X .. et qui lui a sauvé la vie, n'est pratiquée que par un petit nombre de chirurgiens, qui vous auraient demandé des honoraires pareils ou supérieurs aux miens.

Les 1,000 francs que vous m'offrez ne suffisent pas au payement des aides de l'opération.

Ma consultation à Nanterre — que je ne vous compte pas — vaut 500 francs.

Ci-joint la note que vous me devez, montant à 6,000 francs, que vous voudrez bien m'envoyer après-demain. »

Le petit épicier insista, faisant valoir qu'il avait déjà payé 700 francs à la maison de santé.

« Je vous supplie, monsieur le docteur, concluait-il, d'avoir pitié d'un petit commerçant qui a un métier où l'on travaille beaucoup et où l'on gagne peu. »

Le chirurgien reprit la plume et lui adressa la lettre suivante :

« Monsieur,

Vous ne m'avez pas compris. Je ne fais pas de marchandage. Vous me devez 6,000 francs et j'ai essayé de vous faire comprendre que le mieux était de payer votre dette. Ne pouvant me faire payer directement, je remets ma note aujourd'hui dans les mains de l'huissier et on emploiera les moyens légaux pour recouvrer ma facture. C'est à vous de voir ce que gagnera votre crédit et ce que vous gagnerez vous-même en augmentant votre note des frais de poursuite. »

Il a fallu plaider. Les débats ont eu lieu devant la cinquième chambre du tribunal civil. Elle a condamné, hier, l'épicier à payer 2,500 francs.

C'est à ce chiffre qu'elle a réduit les honoraires « le devoir du médecin étant, dit le jugement, de les proportionner aux ressources du malade ».

(*Le Radical*, 28 mars 1902.)

Il est juste, en effet, que le devoir du médecin soit de proportionner ses honoraires aux ressources du malade, mais il me semble tout au moins que le devoir du malade est aussi de proportionner ses prétentions à ses propres ressources, en subordonnant à celles-ci son choix du praticien auquel il recourt. Car un fait demeure hors de conteste à mon avis (je le tiens des tribunaux), c'est que la situation scientifique, la valeur professionnelle du chirurgien sont un élément important dans l'appréciation des honoraires, et qu'en dehors de l'hôpital où il prodigue ses soins aux nécessiteux presque gratuitement, le professeur agrégé, chirurgien de l'Assistance publique, est en droit de faire payer un taux aussi élevé qu'il lui convient son moindre coup de bistouri, car il n'est pas dans son rôle de courir le cachet en clientèle et de répondre à l'appel de tout venant. Je trouve donc bien imprudent cet épicier, qui a pourtant l'habitude du commerce, de n'avoir pas, préalablement à l'opération, demandé au Dr Albarran, à combien s'élèveraient ses honoraires. Le marchandage — puisque marchandage il y a — se serait fait en temps opportun, et si l'on n'avait

pû se mettre d'accord de part et d'autre, l'épicier — qui n'achète pas à son fournisseur les pruneaux qu'il trouve d'un prix trop élevé, — se serait adressé à un opérateur de plus modeste envergure et de moins vastes ambitions, avec cet avantage, toutefois, que le Dr Albarran n'eût pas refusé de lui indiquer un de ses collègues ou de ses anciens élèves aptes à pratiquer l'intervention nécessaire.

A côté de ces considérations qui s'imposent de prime abord, il est d'autres réflexions que suggère ce fait divers. C'est ainsi qu'il est navrant de constater combien ont raison les membres du Bureau du *Sou médical*, quand ils s'élèvent contre la fantaisie avec laquelle les juges taillent et rognent dans les notes des médecins sans autre règle que leur bon plaisir... Et dans ce cas particulier, *dans cette espèce*, comment ne se sont-ils pas fait le raisonnement suivant : A combien l'épicier estime-t-il le préjudice matériel qui serait résulté pour lui de la mort de sa femme ? Quel capital représente-t-elle à ses yeux? Sans répondre par un chiffre, il est incontestable que la somme de 6.000 francs est amplement dépassée. Or, voilà une femme atteinte d'une affection mortelle si l'on n'intervient pas. Un opérateur habile et renommé lui sauve la vie, rendant ainsi un service inappréciable à sa famille, et le mari discute, marchande et refuse finalement de payer la somme demandée.

Non, ils n'ont pas raisonné de cette manière, les juges dont toutes les sévérités sont acquises au corps médical, nous n'en avons que trop souvent la preuve. Et, de propos délibéré, sans autre motif qu'un argument spécieux, soi-disant humanitaire, ils ont réduit à 2.500 francs. Pourquoi d'ailleurs 2.500 fr. ? Mystère..

Ne se trouvera-t-il donc pas un médecin dans le Parlement, pour déposer ou défendre une loi imposant aux magistrats l'*expertise obligatoire* dans les contestations d'honoraires médicaux ?

Dr G. D.

N. D. L. R. — Nous donnons ci-dessus l'impression de notre correspondant, telle qu'il l'a formulée, mais il ne nous siérait pas de nous abstenir de dégager de cet incident la moralité qu'il nous paraît comporter.

Elle se résume en ceci.

Quand s'agite la question d'une intervention chirurgicale grave, si le choix de l'opérateur était toujours laissé au praticien compétent, consciencieux, ami, qui se nomme le *médecin de famille*, tel que nous le comprenons, on ne verrait jamais se produire de si regrettables épisodes judiciaires. Dans l'espèce, il se serait adressé à tel ou tel des deux ou trois cents chirurgiens de Paris qui peuvent s'acquitter à merveille d'une intervention de ce genre, tout en étant libres, comme dit le jugement, de proportionner leurs honoraires aux ressources du client. Il n'eût pas eu recours à l'un de ces Maîtres qui, voués à l'enseignement et à l'hôpital, ont le *devoir* de se faire honorer largement (ne serait-ce que pour ne pas concurrencer leurs élèves dans la clientèle banale et ne pas se laisser détourner de leurs fonctions) car ils appartiennent avant tout au pauvre... et aux cas *exceptionnels* de la chirurgie.

Les choses se passaient ainsi autrefois. On y reviendra au *médecin de la famille* et à la confiance qui lui était accordée.

L'abus des certificats médicaux.

Nous venons de cueillir cette autre histoire dans un journal politique.

A PROPOS D'UNE VISITE MÉDICALE.

Les médecins qui reçoivent de leurs clients la mission de visiter une tierce personne, comme cela se produit d'une façon courante en matière d'accidents ou de coups et blessures, feront bien de méditer l'arrêt que vient de rendre la cour de Riom dans les circonstances que voici :

Une femme de Montcombroux (Allier) avait été frappée par des voisins ; peu après, ceux-ci s'avisèrent d'envoyer un médecin pour constater son état dans le but d'en discuter la gravité.

La victime poursuivit les agresseurs et le médecin, ce dernier pour violence.

La chambre correctionnelle de la cour de Riom, après avoir condamné, — comme le tribunal de Cusset — les auteurs de coups, a relaxé — toujours comme le tribunal — le médecin, estimant qu'il subsistait un doute pour elle sur la violence qui était seule l'objet de la poursuite, mais elle a apprécié le fait même d'une telle visite dans des motifs qui méritent d'être cités :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats qu'en avril 1900, les époux M..., craignant les conséquences d'une action en dommages-intérêts pour coups et blessures sur la personne de la femme G..., ont chargé le docteur X... d'aller auprès de cette dernière malade, pour constater son état ;

« Que le docteur X... n'a pas craint d'accepter une pareille mission sans avoir aucun mandat de justice et sachant que le docteur Z... était le médecin de la femme G..., lui faisant de fréquentes visites ;

« Que le docteur X... n'a pas craint, après l'avoir acceptée, de remplir cette mission sans mander avec lui ou simplement prévenir le docteur Z... et de rédiger, sur ces constatations, qui devaient demeurer absolument secrètes, un certificat qu'il a livré aux époux M... sachant qu'ils devaient en faire usage publiquement ;

« Qu'à cet effet, il a, le 12 avril, pénétré dans le domicile de la femme B..., chez laquelle la femme G... se trouvait alitée, qu'il a découvert la malade et l'a inspectée de la façon la plus continue, sachant qu'elle était mariée et sans avoir demandé à son mari, qui travaillait non loin de là, son assentiment à une pareille visite ;

« Attendu que ce sont là des actes les plus blâmables tant au point de vue professionnel qu'au point de vue des délits ou quasi-délits qu'on pourrait y rechercher... »

Nous osons croire, après nous être exprimés très récemment sur la valeur que nous attachons aux appréciations de la plupart des magistrats et des journalistes, qu'il nous sera permis de prendre à peu près au sérieux le récit publié ci-dessus.

Ce qui nous porte à en accepter les termes, c'est que nous avons vu nous-mêmes des imprudences de ce genre-là.

A notre époque, où il serait si sage d'avoir le certificat récalcitrant, on ne se doute pas combien certains médecins l'ont facile.

Rien ne menace pourtant notre prestige et notre sécurité de si complète façon que ces attestations qui font toujours un lésé et un mécon-

tent. Notre intérêt le plus étroit, le plus égoïste pour ainsi dire, devrait donc déjà nous faire pencher du côté de l'abstention quand elle est permise.

Mais l'urgence de cette sobriété apparaît encore bien plus nécessaire, quand nous regardons l'usage qui sera fait de cette prose.

Nous avons beau la servir concise, réservée, vague, n'en tire-t-on pas toujours plus, moins, ou autre chose que ce que nous y voulûmes mettre ? Le moindre bobo devient une lésion importante quand le papier timbré l'a baptisé ecchymose. Pandore s'en gratte la tête, l'homme d'affaires s'en gargarise, le juge, perplexe, en remet à quinzaine. Et la querelle des Capulet et des Montaigu va durer un siècle, divisant tout, même les confrères, qui seront jetés de force dans un camp ou dans l'autre, et catalogués d'une façon irrévocable.

Ayons, chers confrères, le certificat récalcitrant. Il nous restera bien assez d'occasions d'endosser des responsabilités, de mécontenter des gens, et de commettre des erreurs qui peuvent être pendables pour nous ou pour les autres.

H. J.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Assemblée générale de l'A. G. des médecins de France.

A l'agitation, à la confusion même des dernières réunions, on a vu succéder, le 6 avril dernier, le calme et la méthode. Les discussions, bien conduites, ont abouti à des conclusions réfléchies. Du discours de M. le président Brouardel, des rapports de MM. Lereboullet et Blache, secrétaire et trésorier, il résulte que l'intention est bien formelle de progresser sagement et de ne plus se montrer de parti pris hostile aux idées des novateurs.

Le remplacement de l'*Annuaire* par un *Bulletin*, plus efficace en matière de propagande ; la détermination précise de la forme sous laquelle seront aidés les sociétaires, membres des caisses-annexes ; la décision d'écarter ou de lever le plus possible les obstacles à la participation à ces caisses ; enfin et surtout, le choix des noms proposés et adoptés pour combler les vides du Conseil général, sont autant d'actes qui confirment d'une façon éclatante les engagements verbaux.

Pour notre part, nous ne saurions manquer de nous féliciter de trouver parmi les nouveaux dignitaires (ce qui veut dire parmi les *responsables*) les noms de notre cher président, M. le Dr Gassot, et de collaborateurs et amis dévoués, comme MM. Lande, Lepage, Rist, etc....

L'évolution nécessaire est donc accomplie. Il conviendrait maintenant d'en marquer la date par le retour des Sociétés dissidentes dans le giron de la grande famille, et par l'inscription en masse de nos compagnies, qui auront encore plus à bénéficier que nous-mêmes des services de notre puissante Association.

Ces deux événements se produiront fatalement, par la force des choses. Pourquoi ne pas les provoquer de suite, par un de ces beaux élans de solidarité comme il s'en produit dans les circonstances importantes de la vie en famille ?

Association amicale-maladie.

Ce même jour, 6 avril, le Conseil de l'Association amicale s'est réuni pour prononcer comme datant du 1er avril, les admissions de MM.

Comb. A : Babeau (Luynes, Indre-et-Loire), César (Culoz, Ain) ;

Comb. B : Guignabert (Brioude, Haute-Loire) ; Cat (Marignane, Bouches-du-Rhône) ; Thil, de Paris ; Guisset (Prats-de-Mollo, Pyrénées-Orientales) ; Ortholan (Mirande, Gers) ; Massol (Roquebrune, Var).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouveau Journal. — Nous souhaitons la bienvenue à la *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, organe mensuel publié sous la direction de M. le Dr Leredde, secrétaire de la Société de Dermatologie.

Faculté et Hôpitaux.

M. le prof. Budin reprendra son cours de clinique d'accouchement et de gynécologie, le samedi 19 avril, à 9 h. du matin, à la Clinique Tarnier, rue d'Assas. Il le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

M. le prof. Alfred Fournier reprendra son cours sur les maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 18 avril, à 10 h. du matin, à l'hôpital St-Louis. Il le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

M. Babinski commencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 3 mai, à 10 h. 1/2, à l'hôpital de la Pitié et les continuera les samedis suivants.

Hôpitaux de Paris. — M. Sebileau, chirurgien des Hôpitaux, est nommé chef de service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière.

MM. les Professeurs Jaccoud et Panas sont nommés médecin et chirurgien honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

MM. Tenneson et Audhoui sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

Concours d'Internat. — Séance du 8 avril. Artère pulmonaire, de son origine à son entrée dans les poumons. Symptômes de la péricardite aiguë.

MM. Opert 12 ; Tassin 12 ; Bour ; Magitot 14 ; Claret 10 ; Rabourdin 12 ; Deshayes 14 ; Taguet 16.

Séance du 9 avril. — Les articulations radiocubitales. Symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

MM. Perpère 12 ; Claeys 14 ; Le Pluy 11 ; Boucher 14 ; Jardry 11 ; Morel 13 ; Berthaux 10 ; Pater 13 ; Ertzbischoff 13 ; Bréchot 16 ; Boisteau 12 ; Absent : M. Dromard.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4811. — M. le docteur GUISSET, de Prats-de-Mollo (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 4812. — M. le docteur MALLET, de Tournan (Seine-et-Marne), membre de l'Association des médecins de Seine-et-Marne.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur NINES, de Ganges (Hérault), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 17 26 AVRIL 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des hôpitaux de Paris

La Célébration du Centenaire est fixée au 24-25 mai, la date du 13 avril n'ayant pu être conservée en raison de la période électorale.

Le programme est ainsi arrêté :

Samedi 24 mai : à 2 h. — Séance solennelle dans la salle des Fêtes du Trocadéro ; à 7 h. 1/2, Banquet au Palais d'Orsay.

Dimanche 25 mai : à 2 h. — Inauguration du Monument élevé dans la Cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des Internes morts victimes de leur dévouement ; à 8 h. 1/2 : Représentation à l'Opéra-Comique, au bénéfice de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes.

Une circulaire a été adressée le 8 avril à tous les Internes et Anciens Internes : cette circulaire contient des renseignements essentiels pour tous ceux qui veulent participer au Centenaire (chemins de fer, représentation, médaille, etc.) ; les Souscripteurs qui ne l'auraient pas reçue sont priés de le faire savoir au Trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne.

A propos des projets qu'a fait naître cette solennité, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux, ancien interne lui-même, qui poursuit avec nous le rapprochement des œuvres de prévoyance et de défense professionnelle, a publié dans la *Presse médicale* une lettre, dont nous tenons à reproduire le passage essentiel.

C'est un appel qui sera certainement entendu, parce que c'est aussi le langage d'un esprit judicieux et sagace qui sait regarder au delà des conséquences immédiates d'une idée, pour en mesurer la portée générale et définitive. *La Rédaction.*

* * *

« Un premier fait est établi, dit notre confrère, à propos duquel la discussion peut déjà être ouverte. Les fêtes du Centenaire laisseront un reliquat d'argent ; ce reliquat sera versé à la caisse de l'Association. Le désir unanime semble être qu'il soit employé à une œuvre durable, commémorative du Centenaire. Quelle sera cette œuvre ? Voilà la question !

« A la fin de l'article auquel je faisais allusion plus haut, M. de Lavarenne, recherchant lui-même quel usage serait fait de ce reliquat, émet l'idée que ces 30.000 francs pourront servir de base « à une sorte de caisse d'encouragement à la prévoyance par la mutualité ». Dans son esprit, cette caisse devrait venir en aide aux membres de l'Association des anciens internes qui, désirant s'assurer sur la vie ou contre la maladie, se trouveraient empêchés par un manque d'argent de mettre à exécution leurs idées de prévoyance.

« Le projet, bien qu'il ne soit encore qu'esquissé, me paraît digne d'attirer l'attention des membres du Comité de *l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.*

« Et d'abord il me semble tout aussi réalisable et d'un intérêt aussi pratique que celui, discuté depuis longtemps, d'une bibliothèque de l'Internat qu'avait rêvée notre regretté camarade Feulard et que je serais heureux de voir fonctionner. Certains collègues vont plus loin que

M. de Lavarenne ; ils adressent à l'Association des Internes le même reproche formulé depuis près de vingt ans contre d'autres associations professionnelles : celui de n'être qu'une *association de bienfaisance*, qui ne suffit pas toujours à sa tâche, alors que l'*association de droit* répond mieux aux aspirations de l'Internat comme à celles de tout le corps médical français.

« Ils rêvent de créer, non plus, comme le propose M. de Lavarenne : « une sorte de caisse d'encouragement à la prévoyance par la mutualité », mais une *véritable mutualité* couvrant les risques de la maladie, donnant une retraite sur les vieux jours et permettant même l'assurance en cas de décès. Ce sont là des projets généreux ; l'un de nos plus sympathiques camarades est en train de les étudier et ne désespère pas d'arriver à élaborer un projet de mutualité qui peut être réalisé en groupant au moins 1.000 des 1.800 anciens internes.

« Je ne veux point discuter ici, si de tels projets sont viables, mais à mon avis, ils sont *inopportuns*.

« Depuis près de vingt ans, les nécessités de la vie ont créé parmi les médecins un mouvement de solidarité qui s'est traduit par la création d'*œuvres de droit* : ce sont la *Caisse des retraites du Corps médical français*, l'*Association médicale mutuelle du département de la Seine* (*Gallet-Lagoguey*), l'*Association amicale des médecins français* ; elles répondent dans une mesure suffisante aux besoins de prévoyance pour le médecin. Toutes trois ont d'autant plus de chances de prospérer — bien que d'ores et déjà leur avenir soit assuré — qu'elles auront un plus grand nombre d'adhérents ; ces adhérents seront d'autant plus nombreux, que d'autres associations similaires ne seront pas créées. C'est ce qu'a fort bien compris le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, en renonçant à créer des Caisses de retraite et d'indemnité de maladie, qui lui étaient réclamées par ses associés ; il a préféré apporter le concours important de son patronage à celles existant déjà.

« Or, si l'on parcourt la liste des anciens internes faisant partie de ces trois associations, on voit que, sauf pour l'une d'elles, le nombre en est vraiment trop restreint. Voici les chiffres que j'ai pu relever, sauf erreur insignifiante : *Caisse des retraites*, 6 *anciens internes* sur environ 400 membres ; *Association Gallet-Lagoguey*, 77 *anciens internes* sur 527 membres ; *Association amicale des médecins français*, 5 *anciens internes* sur 658 membres.

« A quoi tient cette faible proportion ? Vraisemblablement à un esprit d'insouciance qui résulte de ce que, en règle générale, les anciens internes sont plus favorisés que les autres médecins au point de vue du produit de leur clientèle, qu'ils ressentent moins que leurs confrères la nécessité de se mettre en garde contre les coups de l'infortune. Il est vraisemblable que les idées de mutualité, qui finissent enfin par pénétrer dans l'Internat — et qui s'observent surtout à Paris — viennent de ce que la crise médicale commence à faire sentir ses effets sur tout le corps médical.

« Trop souvent j'ai entendu les membres des associations de *droit* se plaindre de ce que les *heureux de la profession* (c'est l'expression qui, bien que consacrée, n'est pas toujours exacte) s'en désintéressent d'une manière presque complète et leur reprocher de s'isoler dans un égoïste contentement de leur sort, pour ne pas crier gare devant ces projets de mutualité restreinte à une catégorie de médecins. Si l'Internat reconnaît actuellement l'utilité des mutualités médicales, il doit en grand nombre, — j'allais dire en *bloc*, — venir adhérer aux associations existantes, qui en seront fortifiées et pourront, dans l'avenir, améliorer d'autant plus facilement les avantages faits à leurs sociétaires, que ceux-ci seront plus nombreux.

« D'autres raisons militent en faveur de cette adhésion : je n'en veux aujourd'hui aborder qu'une, la raison *budgétaire*. A notre époque de solidarité sociale et professionnelle, à notre époque de prévoyance individuelle, le budget du médecin, quelle que soit sa situation professionnelle, est vraiment *obéré* par les cotisations multiples qu'il doit fournir aux associations de prévoyance, de bienfaisance, etc., sans compter les trous faits à son budget par les ligues, sociétés savantes, souscriptions aux banquets, aux médailles commémoratives, etc., etc. C'est en nous plaçant à ce point de vue des dépenses résultant de cotisations trop nombreuses que, dans nos conférences de déontologie, nous avons insisté, Le Gendre et moi, sur la nécessité de ne pas multiplier outre mesure les associations professionnelles et de les fortifier en les unissant. Je ne sais si les projets de mutualité, dont on parle actuellement pour l'Internat constitueraient une amélioration dans la situation matérielle des internes et des anciens internes ; j'ai la conviction que, en tout cas, cet isolement dans le corps médical ne pourrait être que préjudiciable au bon renom de l'Internat. Volontiers, on considère l'Internat comme l'élite de la profession, comme une sorte d'*aristocratie* : elle se doit à elle-même de venir s'unir à la *démocratie* médicale pour parer de concert aux misères qu'apportent à nombre de médecins la maladie et la vieillesse.

Ne serait-ce pas une manière vraiment digne pour les internes et les anciens internes de fêter le Centenaire de l'Internat, que d'adhérer en grand nombre aux œuvres de prévoyance professionnelle, en préférant la mutualité de la grande famille médicale à une mutualité restreinte ?

En s'abstenant de créer une nouvelle association professionnelle, le Comité de l'Association des anciens internes ferait un acte utile de solidarité médicale ; ce qui ne l'empêcherait pas de continuer à soulager les infortunes de ses membres ou à secourir les veuves et les orphelins ; ce qui ne l'empêcherait pas de constituer, à l'aide du reliquat devant être versé par le Comité des fêtes, une caisse de prêt gratuit aux internes et aux anciens internes, soit pour payer leurs cotisations aux associations professionnelles, soit pour aider dans leur début ceux d'entre eux dépourvus de fortune. Il en est, j'en ai connu tout particulièrement, qui eussent été heureux de trouver dans la caisse de l'Association des avances qu'ils ont dû chercher ailleurs ».

Dr Lepage,
Accoucheur des hôpitaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

La laryngite striduleuse et l'asthme.

M. le Dr *J. Nicolas*, du Mont-Dore, a eu l'occasion, au cours de sa pratique, de constater les rapports fort remarquables qui existent entre la laryngite striduleuse et l'asthme, chez l'enfant. Si l'on compare ces deux affections, on est frappé de la série d'analogies qu'elles présentent ; ces analogies sont de trois sortes :

1° *Analogies de symptômes.* — Généralement, aucun prodrome net ne permet de prévoir les crises d'asthme ou de faux-croup. Ordinairement, elles surviennent la première fois la nuit, vers 11 heures ou minuit, et disparaissent vers le matin ; elles se répètent souvent plusieurs nuits de suite. Toutes deux déterminent de la dyspnée et de l'angoisse ; toutes deux se terminent par des sécrétions de la muqueuse respiratoire et par des excrétions abondantes de sueur ou d'urine ; toutes deux ne laissent après elles qu'un malaise léger et sans persistance.

Analogies de pathogénie. — Quelle que soit la théorie adoptée pour expliquer l'asthme, qu'on se rallie à celle du spasme des bronches, de la contracture des fibres de Reissessen, ou qu'on préfère, avec Wintrich, Bamberger et Germain Sée, celle du spasme des muscles inspirateurs extrinsèques, en particulier du diaphragme, il s'agit toujours d'une contracture musculaire diminuant l'entrée de l'air dans les poumons et provoquant la dyspnée. Même mécanisme, le spasme des muscles constricteurs du larynx, produit dans le faux-croup les mêmes effets.

Les fibres de Reissessen sont innervées par le pneumogastrique, les constricteurs du larynx aussi, puisque le récurrent et le laryngé supérieur sont des branches de ce même nerf.

Analogies d'étiologie. — L'hérédité joue un grand rôle dans l'asthme. M. Nicolas n'a pu établir son influence dans la laryngite striduleuse ; mais plusieurs de ses petits malades atteints de faux-croup précédemment à l'asthme étaient issus de parents asthmatiques. C'est sur le terrain arthritique que se rencontrent les deux affections. Elles ont la même prédominance dans le sexe masculin.

Il existe des asthmes essentiels ; souvent aussi la laryngite striduleuse ne peut être rattachée à aucune cause.

On a cherché dans les troubles fonctionnels de divers organes des causes déterminantes de l'asthme, et on a établi ainsi l'asthme nasal, l'asthme pharyngien des adénoïdiens, l'asthme bronchique, l'asthme ganglionnaire, l'asthme stomacal, l'asthme cardiaque, etc. Si on lit ce qui a été écrit sur la laryngite striduleuse, on remarquera que les causes les plus fréquemment attribuées au faux-croup sont les mêmes : un coryza, des tumeurs adénoïdes (j'en ai observé chez plusieurs enfants asthmatiques précédemment striduleux), un rhume, une bronchite, l'adénopathie bronchique (Barety), une indigestion, des vers intestinaux, etc. ; si bien qu'on pourrait distinguer autant de variétés de faux-croup symptomatique qu'on a noté de variétés d'asthme.

Tant d'analogies amènent naturellement à conclure que la laryngite striduleuse et l'asthme ne sont que deux formes différentes, ou plutôt deux localisations différentes, suivant les âges, de la même névrose respiratoire.

Prophylaxie du nicotisme.

Dans le but de rendre l'usage du tabac à peu près inoffensif pour le système nerveux et pour le système cardio-vasculaire, M. le professeur Gerold fait macérer les feuilles de tabac dans une solution d'acide tannique qui neutralise la nicotine, la nicotianine et les autres essences nuisibles contenues dans la plante. Pour relever ensuite le parfum du tabac qui pourrait se trouver endommagé par le tannin, on a soin de tremper le tabac dans une décoction préparée avec la plante origanum vulgare (*Bull. Thérap.* 15 mars).

On trouve actuellement en Allemagne, en Amérique et en Russie, des cigares faits avec des feuilles de tabac auxquelles on a fait subir cette préparation, et ces cigares sont très appréciés des fumeurs.

Des expériences ont été faites avec ce tabac sur les hommes et sur les animaux par les docteurs Fürst et Covok en Allemagne, et plus récemment par le docteur Bardet en France, et il semble démontré que le procédé du professeur Gerold diminue réellement l'action toxique du tabac et qu'il en rend l'usage et même l'abus à peu près inoffensif.

La pelade d'origine dentaire.

A l'une des dernières séances de la Société de Stomatologie, M. le Dr Jacquet a déclaré que, selon lui, la pelade, au moins pour nombre de cas, trouve son origine dans une irritation du système nerveux d'origine dentaire.

Dans 27 cas, la pelade a succédé à une crise névralgique ou fluxionnaire dans le domaine du trijumeau (branche inférieure), dans un temps n'excédant pas trois mois à trois mois et demi.

L'argument topographique vient renforcer l'argument chronologique ; la localisation peladique s'est trouvée du même côté que la crise, et s'est accompagnée d'érythrose, d'adénopathie, d'hyperesthésie, d'hypo ou d'hyperthermie, ce syndrome évoqua dans l'esprit de M. Jacquet les recherches de Brown-Séquard que voici : toutes les fois qu'on irrite une partie du corps riche en nerfs, on exalte la sensibilité du côté de l'excitation, on la diminue de l'autre côté. Ce syndrome, pensa M. Jacquet, devait être groupé autour d'une épine irritative. Dans le domaine du trijumeau, il était facile de circonscrire les recherches ; M. Jacquet pensa au système dentaire qui offre une série d'irritations physiologiques ou pathologiques.

M. Jacquet trouva, dans tous les cas, soit des abcès, des fistules, la carie douloureuse, la polyarthrite, l'éruption des dents.

L'objection est que les stomatologues n'ont pas constaté tant de pelades ; c'est, dit M. Jacquet, que médecin-dentiste et malade n'ont pas l'esprit attiré sur ce point, et que le trouble trophique ne se produit qu'assez longtemps après le trouble dentaire.

M. Jacquet profite de sa communication pour attirer l'attention de la Société sur certains points ; il suppose que l'évolution des dents n'a pas lieu d'une seule fois, mais par une succes-

sion de crises : cette vue est en rapport avec les rechutes de pelade au moment de la croissance et pouvant être la résultante de crises dentaires, de phases de surnutrition.

Par conséquent, il faudrait que l'âge optimum de la pelade fût celui de l'âge de l'évolution dentaire.

Sur 273 cas de pelade, 185 cas, contre 88, étaient en rapport avec les 25 années de l'évolution dentaire. Les autres statistiques donnent les mêmes chiffres.

M. Jacquet, à l'appui de sa thèse, présente un jeune malade de quinze ans, atteint de deux plaques symétriques de la région pariétale ; chez ce malade, les dents de sagesse inférieures sont, par exception à cet âge, en voie d'évolution.

Entre ce point de départ dentaire, et le point d'arrivée cutané, il y a communication suffisante. Les deux zones « peladophores » sont le maxillaire inférieur, et la région allant de la nuque à l'oreille. L'irritation dentaire gagne le bulbe au noyau bulbaire du trijumeau, dont la racine sensitive vient s'aboucher avec le départ de la paire cervicale à incriminer.

(*Trib. Méd.*)

M. le Dr Cruet, président, remercie M. Jacquet de sa communication si intéressante et propose d'en faire le sujet d'une discussion ultérieure.

L'infection vésicale.

M. le Dr *R. Faltin* a publié dans les *Annales des mal. des org. gén. urin.* un très documenté travail sur l'infection vésicale et la nombreuse flore bactérienne que l'on y rencontre.

Voici ses principales conclusions :

Bien que toutes les flores bactériennes puissent se transformer et que les flores résultant de ces transformations puissent varier à l'infini, il semble pourtant y avoir une certaine régularité, en ce que certaines flores montrent une stabilité plus grande et que les produits de transformation présentent quelques types principaux.

Une mono-infection primaire se transforme souvent en une poly-infection, moins souvent en une autre mono-infection. Une poly-infection se transforme rarement en une mono-infection, plus souvent en une autre combinaison microbienne.

Les flores cocciques pures, surtout les infections staphylococciques, subsistent rarement, mais se transforment assez souvent en une flore de bacilles non colorables par le Gram, ou plus fréquemment encore en combinaisons de ces bacilles et de microcoques, surtout de streptocoques.

La flore primaire et les microbes survenus plus tard, ainsi que la nature du traitement, sont les éléments principaux qui contribuent à indiquer dans quel sens se produira le développement de la nouvelle flore.

Conformément à ces règles de transformation, les flores des cas récents d'infection par la voie de l'urèthre diffèrent de celles des cas longtemps traités, en ce que les cultures pures, surtout de staphylocoques et en général les infections cocciques sont en majorité dans les premiers, mais en minorité dans les seconds. Au contraire, les associations d'un ou plusieurs bacilles non colorables par le Gram, à un microcoque, surtout à un streptocoque, se rencontrent le plus fréquemment dans les cas invétérés.

Le colibacille se rencontre plus souvent dans les cas invétérés que dans les cas récents ; mais le nombre des coli-infections pures n'est pas plus grand parmi celles-là que parmi celles-ci. Pourtant les coli-infections pures sont les plus fréquentes parmi toutes les cultures pures qu'on rencontre dans les cas invétérés.

Pour le colibacille, la voie d'infection le plus souvent est l'urèthre, et non pas la voie indirecte du rectum ou toute autre.

Bien que le colibacille puisse facilement s'installer dans la vessie malgré la présence d'autres bactéries, au point d'arriver souvent à former bientôt la majorité, il n'a pas de tendance bien marquée à expulser les autres bactéries de la vessie pour rester seul maître du terrain. Seulement, contre certains staphylocoques, qui en général sont les microbes les plus sensibles à l'égard de toutes sortes d'influences, il est probable qu'il existe un antagonisme du côté du colibacille.

Quant au bacille pyocyanique il semble avoir une tendance prononcée à étouffer ou à chasser de la vessie les autres microbes.

M. Faltin termine, en faisant remarquer que la méthode des cultures aérobies ne parvient pas à déceler dans l'urine ammoniacale toutes les variétés que le microscope permet de constater.

Traitement de l'infection puerpérale.

D'après la thèse du Dr *Maurice Rigal*, les injections intra-utérines répétées sont utiles et le plus souvent efficaces dans les cas d'infection légère, mais, seules, elles ne sauraient suffire dans tous les cas.

Dans les cas où l'infection persiste, l'on doit recourir, aussitôt que l'insuccès des injections intra-utérines est démontré, au curettage pratiqué méthodiquement, prudemment, mais aussi complètement que possible. L'écouvillonnage complète l'opération.

Si un premier curettage n'a pas amené l'amélioration qu'on attend, et si des symptômes font penser que la cavité utérine est encore infectée, il ne faut pas craindre de recourir à un second curettage qui donne souvent les meilleurs résultats.

L'irrigation continue doit être tentée là où les injections intra-utérines et le curettage ont été impuissants à amener la guérison.

Le reste du traitement consiste en injections de sérum artificiel, en injections sous-cutanées de caféine et d'éther, en stimulants et toniques (café, thé, alcool, champagne), enfin, en une alimentation aussi réparatrice que possible.

Le traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb.

M. le Dr *Ch. Blanc* a fait une consciencieuse étude comparative des traitements de l'ongle incarné et il a profité de ces observations pour contrôler la pathogénie et l'étiologie de cette affection.

Selon lui,

L'ongle incarné est presque toujours une af-

fection de l'adolescence. La chaussure mal adaptée à la forme du pied en est la cause occasionnelle principale. Mais, il faut tenir compte d'un certain nombre d'états constitutionnels prédisposants : lymphatisme ; diabète (Velpeau). Les symptômes peuvent être classés, avec M. Nicaise, en trois périodes : douleur ; ulcération ; fongosités. Le diagnostic en est surtout à faire avec : l'onyxis syphilitique ; l'onyxis scrofuleux ; l'onyxis trophique. Il faut tenir grand compte au point de vue du pronostic : de l'âge du sujet ; de sa situation sociale. Au point de vue thérapeutique, deux modes de traitements restent en présence ; la méthode sanglante et les applications caustiques.

On aura recours à la première méthode dans les cas graves récidivants avec décollements étendus, surtout, si la situation sociale du malade lui permet un repos assez prolongé.

Au contraire, les applications caustiques sont indiquées dans les cas ordinaires avec fongosités, bourrelet exubérant, chez les malades pauvres qui ne peuvent interrompre le cours de leurs travaux.

Le caustique qui a donné les meilleurs résultats est le nitrate de plomb.

Voici la technique de cette dernière méthode.

Il faut préparer pour l'opération :

1° Du nitrate de plomb très sec et finement pulvérisé.

2° Une spatule métallique plate.

3° De l'ouate non hydrophile.

4° De la tarlatane à pansement.

Le sujet aura soin, dans les jours qui précèdent la première application, de prendre des bains de pied prolongés qui réalisent un double but : nettoyage mécanique de l'extrémité de l'orteil, ramollissement des tissus bourgeonnants.

Voici comment le Professeur Monprofit (d'Angers), conseille de pratiquer l'application du nitrate de plomb :

« Avec une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière péri-unguéale, une mince couche d'ouate, suffisamment large pour recouvrir par sa partie libre toute la partie saine de l'ongle. On prépare, en la roulant entre les doigts, une petite mèche d'ouate que l'on glisse parallèlement à la rainure ainsi disposée ; dans le fond formé par le bourrelet fongueux, on met le nitrate de plomb, régulièrement tassé, et on le recouvre de l'ouate qui recouvre l'ongle. On met à nouveau une couche d'ouate et on maintient le pansement avec une bande de gaze humide. Le pansement est renouvelé le lendemain et les jours suivants jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on puisse voir nettement le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants ; alors, laissant d'un côté le nitrate de plomb, patiemment en une ou deux séances, on relève le bord avec un peu d'ouate glissée dessous. On fait un pansement sec qu'on continue jusqu'à guérison. L'ongle croîtra pardessus les chairs qui sont comme tannées et parcheminées ; il aura repris son chemin normal et le malade sera guéri.

« Avec ce traitement patiemment suivi, aucun ongle incarné vulgaire ne résiste ; s'il y a récidive, ce qui est possible, bien que rare, on recommence le traitement dès le début. Ce procédé a l'avantage d'être peu coûteux, facile à appliquer sans obliger le malade au repos absolu, peu douloureux et presque infaillible. »

En se conformant rigoureusement à cette indication, M. Ch. Blanc a guéri 19 malades sur 19 tentatives et la durée du traitement a oscillé entre 1 et 15 jours, soit environ 8 jours en moyenne.

La Dionine

M. le Dr *B. Bourdeaux*, de Lille, a consacré sa thèse à l'étude très complète de la *dionine*, ce nouveau médicament oculaire, préconisé particulièrement par M. le Dr Darier, de Paris. Voici les plus importants résultats de cet intéressant travail :

La dionine ou chlorhydrate d'éthyl-morphine exerce sur l'œil une action spécifique, consistant essentiellement en injection vasculaire, œdème et larmoiement, et à laquelle on peut donner le nom de réaction dioninique. — Cette appellation doit être préférée à celle d'ophtalmie antérieurement donnée, car on n'y trouve ni réaction phagocytaire ni sécrétion.

A côté de cette propriété, elle jouit d'un pouvoir analgésiant marqué, à peu près constant, dans les affections douloureuses de l'œil, ulcères, iritis, iridochoroïdites, glaucomes. L'analgésie ainsi obtenue est en général d'assez courte durée.

La Dionine n'a pas, *in vitro*, de pouvoir antiseptique direct suffisant pour permettre de lui demander en pratique une action microbicide ; *in vivo*, elle joue un rôle antiseptique indirect par les phénomènes réactionnels, surtout le larmoiement qu'elle provoque.

Grâce à ces propriétés, la Dionine donne de bons effets en thérapeutique oculaire :

a) Elle semble accélérer la guérison des kératites parenchymateuses ; elle active très nettement l'éclaircissement de la cornée dans les cas de pannus trachomateux, quand l'affection conjonctivale est guérie.

b) Dans les affections phlycténulaires et les ulcérations, quelle qu'en soit la nature, elle fait cesser la douleur et la photophobie. Elle a une action moins marquée sur la marche du processus.

Elle ne dispense pas d'un traitement auxiliaire concomitant, et ne met pas à l'abri des récidives.

c) Dans les affections du tractus uvéal, où elle est associée à l'atropine, dans le glaucome où on lui joint un myotique, outre l'effet analgésique, elle paraît avoir une certaine influence sur l'évolution de la maladie.

Elle favorise l'action du mydriatique ou du myotique, peut-être en facilitant son absorption.

Elle ne doit être employée après des opérations (cataracte) ou des plaies pénétrantes du bulbe, qu'en cas d'accidents infectieux, d'exsudats ou d'hémorragies de la chambre antérieure, non point comme antiseptique direct, mais dans le but d'activer la résorption, et d'accroître la vitalité des tissus. Hormis ces cas, les avantages qu'elle procure ne balancent point les inconvénients qu'elle pourrait attirer.

La production de la réaction dioninique semble nécessaire pour obtenir les effets curatifs.

Elle est inutile pour arriver à l'analgésie.

L'effet chémotique cesse bientôt de se produire chez un sujet soumis fréquemment à la Dionine. Il y a accoutumance toujours assez rapide à se manifester. Si l'on suspend pendant quelque temps — huit jours au moins — le médicament, la réaction se montre à nouveau, moins vive qu'au début.

Cet effet chémotique ne s'obtient ordinairement qu'avec la Dionine mise en poudre dans le sac conjonctival, ou instillée en collyre à 5 %.

On peut renforcer la réaction dioninique quand elle faiblit et retarder l'accoutumance, en faisant suivre l'usage du médicament d'une application chaude, compresse ou mieux pulvérisation.

L'intensité variable du chémosis produit, surtout chez les yeux sains, semble en rapport avec l'état de la circulation et de l'appareil circulatoire. Chez les cardiaques, le chémosis est d'autant plus considérable que le déficit circulatoire est grand.

On obtient un effet analgésique puissant, sans réaction, ni chémosis, avec une solution à 0,5 ou 1 %. L'accoutumance à l'action contre la douleur se produit aussi, mais elle est plus lente, et avec les doses faibles elle semble devoir être encore retardée davantage.

Voici quel est, d'après M. Bourdeaux, le *modus operandi* qui semble préférable.

Dans les kératites parenchymateuses, les pannus granuleux, dont on cherche l'éclaircissement, employer la solution à 5 % à la dose d'une à deux gouttes une fois par jour. Au bout de quelques jours, faire suivre l'instillation d'une application chaude. La réaction continuant à baisser, se servir de la poudre, puis suspendre le médicament pendant au moins huit jours.

Dans les affections phlycténulaires, les ulcères, les iritis, employer de temps en temps la solution forte ou la poudre pour produire une réaction énergique, et instiller l'atropine quelques minutes après.

L'on utilisera ainsi, au maximum, l'effet adjuvant de la Dionine. Le reste du temps, employer comme analgésique la solution à 0,5 ou 1 %.

Dans le glaucome, les solutions fortes semblent préférables. On peut associer à celles-ci l'ésérine ou la pilocarpine, ou les instiller subséquemment.

Dans les affections purement douloureuses, et où l'on ne veut agir ni sur la vitalité cornéenne, ni sur le tonus, ni sur la pupille, la solution à 1 % rendra les meilleurs services.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement du cancer du sein par l'oophorectomie.

(*Ovariotomie suivie de thyroïdothérapie*) (1).

Leçon faite à l'hôpital Saint-Bartholomew, de Londres, par le professeur H. T. Butlin.

Messieurs, je me proposais, depuis quelque temps déjà, de faire une leçon clinique sur le traitement des tumeurs malignes du sein par l'ablation des ovaires, suivie d'administration d'extrait thyroïdien, selon la méthode de Beatson. J'attendais l'occasion ; elle vient de se présenter et me décide à parler, un peu plus tôt, il est vrai, que je pensais le faire.

Je vous ai montré, il y a plusieurs mois, vous vous en rappelez sans doute, une malade offrant une récidive diffuse, étalée, peu propre à une intervention locale, d'un cancer du sein traité précédemment par amputation de l'organe et ablation des ganglions. Cette femme, âgée d'environ 40 ans, était encore menstruée et n'avait aucune autre affection apparente, viscérale ou osseuse. Je l'examinai à la consultation et, à son propos, je posai devant mes collègues la question de l'ablation des ovaires et des trompes, conformément à la méthode de notre confrère de Glascow, le Dr Beatson. Diverses opinions furent émises et, bien que personne n'eût l'espoir d'un succès, nombre de médecins présents jugèrent que ce cas était un de ceux sur lesquels on pouvait tenter l'essai. Nous tombâmes finalement d'accord pour pratiquer l'ovariotomie, opération dont M. Lockwood voulut bien se charger. Je vous en ferai connaître tout à l'heure le résultat.

L'oophorectomie, comme procédé curatif des cancers du sein, commence à se répandre et à être connu, non seulement du monde médical, mais aussi du public. La semaine dernière, je reçus la visite d'une de mes malades qui vint me demander ce que je pensais de l'ovariotomie préventive contre les rechutes du cancer mammaire. Je lui répondis que j'allais précisément faire d'ici peu une leçon clinique sur ce sujet. Je serais heureux, alors, ajouta-t-elle, de savoir si cette leçon sera publiée et dans quel journal, car je voudrais bien connaître là-dessus votre opinion. Je vous cite l'anecdote simplement pour établir que déjà la question s'est diffusée dans le public en général et que nos malades parlent entre elles de l'ablation des ovaires dans la cure de certaines tumeurs graves du sein.

Les différents organes de la génération, chez la femme, ont entre eux des relations intimes. Chacun sait que, pendant les périodes menstruelles, les mamelles deviennent douloureuses et plus volumineuses. De même une tumeur, kyste ou néoplasme glandulaire du sein grossit momentanement au moment des règles. Les rapports physiologiques entre les ovaires et les organes de la lactation sont d'ailleurs bien connus, non seulement des médecins, mais aussi des femmes de toutes les classes sociales. Quoi qu'il en soit, au mois de mai 1896, le Dr George Beatson, de Glascow, médecin de l'hôpital des cancéreux de cette ville, vint lire, devant la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, un travail sur le traitement des carcinomes inopérables des mamelles par une nouvelle méthode, l'oophorectomie. Il présenta deux femmes ayant subi, dans ces conditions, l'ablation des ovaires ; l'une d'elles, atteinte d'un néoplasme malin grave, se trouvait dans un état de santé parfait, onze mois après l'intervention.

Avant d'entrer plus loin dans l'étude clinique de ce traitement, je désire attirer votre attention sur quelques considérations théoriques intéressantes. M. Beatson soutient, sur la nature du cancer, des idées pathogéniques un peu personnelles, tout à fait opposées à certaines opinions

(1) Ce traitement proposé en 1896 par le Dr Beatson, chirurgien de l'hôpital des cancéreux de Glascow, a depuis cette époque soulevé de réelles espérances et de longues discussions en Angleterre. Celles-ci n'ont guère eu leur écho en France. Nous publions la traduction d'une très intéressante leçon clinique du professeur Butlin, chirurgien de St. Bartholomew, qui mettra nos lecteurs au courant de la question.

actuelles (nombre d'auteurs, de nos jours, attribuent à cette maladie une origine parasitaire). Pour M. Beatson, le cancer est dû à la prolifération des épithéliums. Quand les cellules, dit-il, se sont multipliées, ne pouvant s'échapper des acini et sortir par les canaux excréteurs, elles s'entassent graduellement dans les tissus voisins et produisent la structure microscopique du cancer. Partant d'une telle théorie, il se demande quels pourraient être les moyens de modifier, ou d'arrêter la prolifération épithéliale. J'ajoute qu'il avait émis cette opinion longtemps avant de proposer son opération. Il rappelait que, dans la lactation ordinaire, il y a prolifération semblable, mais que les cellules néo-formées, au lieu de remplir les acini et de pénétrer le tissu connectif voisin, subissent une dégénérescence graisseuse rapide et s'éliminent sous forme de sécrétion lactée. Il rappelait également la suppression des règles durant la période de lactation et tirait de tout cela la conclusion suivante : Chez une femme présentant une prolifération épithéliale du sein, en dehors de l'allaitement, ne pourrait-on pas, par suppression de l'action ovarienne, arriver à provoquer une dégénérescence graisseuse des cellules, c'est-à-dire un processus de guérison. Aussi, se proposait-il, s'il trouvait un cas favorable, de pratiquer l'ovariotomie. Telle est la théorie du Dr Beatson, qu'il était bon d'énoncer avant de parler plus longuement de l'opération. Avant d'avoir lu sa communication, je me demandais ce qui avait pu le conduire à proposer l'ablation des ovaires comme cure des néoplasies malignes du sein. Je vis ainsi que sa méthode était le résultat d'une longue étude et non une simple question de hasard. « Nous devons considérer, dit-il, les ovaires comme le siège de la cause excitante du carcinome en général chez la femme, sûrement du cancer du sein, probablement du cancer des organes génitaux... Il semble évident que les ovaires et les testicules ont une action directe sur la prolifération des épithéliums dans le corps humain. Comme conséquence, l'ablation des ovaires et des trompes doit modifier la multiplication cellulaire du carcinome mammaire et stimuler la tendance de ce néoplasme à la dégénérescence graisseuse. »

Je dois dire que la communication de M. Beatson provoqua une vive attention à Edimbourg et, dans la discussion qui s'en suivit, un grand nombre de chirurgiens prirent la parole. L'impression profonde causée par le travail de l'auteur fut due surtout à la malade qu'il présentait, une jeune femme de 33 ans, atteinte de cancer du sein. Elle avait subi l'amputation du néoplasme, mais ce dernier était reparu avec une telle intensité qu'il n'était plus ré-opérable. On lui fit alors l'oophorectomie et on administra l'extrait thyroïdien pendant quelque temps. Onze mois plus tard, la malade était montrée à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, absolument guérie en apparence.

Les nodules, après s'être ramollis, avaient progressivement diminué de volume pour, finalement, s'affaisser, la patiente revenant ainsi complètement à la santé. Vous pouvez penser quelle satisfaction intime l'auteur éprouva en annonçant le succès de sa première opération, basée sur des théories personnelles. Dans le courant de 1897, M. Beatson vint à Londres et lut un travail à la réunion de la Société de Gynécologie. Une nouvelle discussion eut lieu dans laquelle diverses opinions furent soutenues, en grande partie, il est vrai, défavorables à la méthode.

Durant cette même année, quelques objections d'ordre théorique s'élevèrent dans le *British médical Journal*. La première fut faite par M. Roger Williams, ancien chef du service des cancéreux, à l'hôpital de Middlesex. Il montra que sir Spencer Wells, dans son livre sur les tumeurs ovariennes, avait indiqué l'ablation des deux ovaires comme fréquemment suivie de cancer. Loin que les femmes fussent ainsi rendues plus réfractaires, elles étaient au contraire plus prédisposées, la proportion des opérées atteintes dans la suite de néoplasies malignes étant élevée. Mais M. R. Williams n'avait pas étudié assez minutieusement la communication de M. Beatson, car ce dernier, ayant déjà prévu l'objection, y avait répondu. Les carcinomes mammaires, succédant à l'ovariotomie, se produisent d'assez bonne heure, dans l'année qui suit l'intervention, en général. Pour M. Beatson ce fait prouve que les ovaires enlevés étaient tout simplement cancéreux eux-mêmes. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que d'autres cancers se développent dans la suite. D'autres objections furent faites. On eut bientôt la certitude que la méthode nouvelle, loin de réussir toujours, produisait dans la majorité des circonstances un effet faible ou nul. Dans un bon nombre de cas où l'action immédiate avait été nette, parfois considérable, le mieux ne se prolongeait pas, au contraire. En 1897, M. Stanley Boyd, chirurgien de l'hôpital de Charing Cross, un des principaux avocats de l'oophorectomie, publia pour défendre celle-ci, un excellent travail sur les carcinomes et en particulier sur les arrêts de développement et les phases d'amélioration qu'ils présentent. Il s'agit de faits très intéressants dont l'exemple suivant, qui m'est personnel, vous donnera une idée.

Il y a quelques années, j'opérais une jeune dame pour un cancer ulcéré du sein. Son état comportait, à mon avis, un très mauvais pronostic. L'année suivante, je pratiquai une seconde intervention pour des nodules apparus autour de l'escarre, dans les tissus voisins. Bien que la patiente fît, à chaque opération, une bonne convalescence, les nodules récidivèrent encore et devinrent plus nombreux et plus envahissants qu'auparavant. Je la vis deux ou trois fois et elle me parut perdre progressivement ses forces si bien que j'estimais à quelques mois seulement sa survie. Deux ans plus tard, je rencontrai, un jour, son médecin auquel je dis : « Vous souvenez-vous de Miss W., à quelle époque est-elle morte ? » Il répondit « Elle n'est nullement morte ». « Elle doit être alors dans une situation bien misérable, ajoutai-je, que sont devenus ses nodules ? » « Quelquefois plus petits, d'autres fois plus gros, dit notre confrère, parfois même ils disparaissent. Quant à la malade, elle est fort bien, va au théâtre et en soirées ». Je dois ajouter que, 3 ou 4 mois après cette conversation, j'étais appelé à nouveau auprès de cette pauvre femme et la trouvai avec un néoplasme redevenu actif, étendu et ulcéré. Elle succomba rapidement. La maladie néanmoins s'était arrêtée chez elle, dans son évolution, pendant un temps assez long.

Le cas le plus curieux du genre a été publié par M. Pearce-Gould, de l'hôpital Middlesex. Il présenta, il y a plusieurs années, à la Société clinique de Londres une patiente qu'il avait opérée de cancer du sein à 2 ou 3 reprises. La malade, aprés récidive dans d'autres parties du corps, paraissait proche du tombeau, lorsque, sans raison et sans traitement spécial, elle commença tout à coup à aller mieux, puis s'améliora progressivement jusqu'á disparition de toute trace de lésions, celle-ci semblant guéries. Un exemple analogue fut signalé par le Dr Bowlby.

Mais revenons à l'oophorectomie. M. Boyd aurait pu, assurément, retourner les guérisons spontanées dont je viens de parler contre cette opération et dire : M. Beatson, dans son premier cas, est tombé précisément sur une guérison spontanée et le résultat eut été semblable, alors même qu'il n'eût pas pratiqué l'ablation des ovaires. Eh bien ! au lieu de présenter la thèse sur cette face, M. Stanley Boyd la soutint d'une façon différente et, vous allez le voir, fort intéressante. Chez les malades des Drs Gould et Bowlby, dit-il, il est évident qu'une transformation constitutionnelle s'est produite qui les a rendues réfractaires au développement de l'affection et qui, de plus, leur a permis de supporter et de detruire celle-ci. Je crois pouvoir penser, ajoute-t-il, que le Dr Beatson, en faisant l'exérese des ovaires, provoque chez son opérée cette modification elle-même.

J'arrive maintenant, Messieurs, á mon expérience personnelle de la question. J'ai été si souvent consulté à propos de cancer, pendant de nombreuses années, que je crois être considéré, à Londres, comme plus ou moins spécialiste en la matière. Naturellement, je suis obligé de me tenir au courant des traitements nouveaux, y compris les applications *externes* de violettes pour la cure du cancer...*interne !* Ainsi, la semaine dernière, une dame m'apporte un journal et me dit « Avez-vous vu ceci ? » « Oh ! oui, je l'ai vu, vous voulez parler de la cure du cancer par les violettes, du cas de Lady Margaret Marsham qui a été guérie d'un cancer de la gorge par l'application de violettes....autour du cou ?(1) Voilà ce qu'on peut appeler une observation clinique bien prise ! » Toutefois en ce qui concerne la méthode Beatson, je dois avouer que, pour différentes raisons, je ne l'avais pas suivie pendant les deux premières années aussi soigneusement que j'eus pu le faire. Un jour, elle se présenta à moi de la façon suivante : En 1890 j'opérai, dans cet hôpital, une femme venue des environs de Reading. J'enlevai le sein et les ganglions de l'aisselle par l'ancien procédé, mais au bout d'un an ou deux, le mal récidiva. La patiente revint me voir, je la montrai à ma consultation et nous tombâmes d'accord pour penser qu'elle était inopérable : la femme s'en retourna chez elle, pour y succomber, disions-nous. Or, un matin, je reçus une lettre disant qu'elle avait été ovariotomisée par le Dr Walker, de Reading, et qu'elle était guérie de son cancer. J'étais même invité à venir l'examiner à Londres où on devait la présenter. Je vous dirai, dans un instant, ce qu'il advint d'elle par la suite. Pour le moment, au point où j'en suis de cette leçon, je dois la considérer comme un exemple de guérison due à l'oophorectomie, cure produite sans ma sanction, á mon insu presque, chez une malade que j'avais condamnée. Dans ces conditions, je commençai á m'intéresser personnellement à la méthode Beatson.

En 1898, parurent plusieurs travaux d'auteurs ayant pratiqué cette opération, sans grand succès, semble-t-il. En 1900, M. Stanley Boyd écrivit un nouveau plaidoyer en sa faveur, qu'il lut au Congrès de l'Association médicale britannique, à Ipswich. Il rassembla 41 observations d'oophorectomie pour cancer du sein et montra les bénéfices obtenus par quelques-unes des opérées. C'est pour une bonne part grâce au mémoire élogieux de M. Boyd que mes collègues et moi décidérent de faire pratiquer l'ovariotomie chez la malade dont je vous ai parlé au commencement de ma leçon. Nous finissions par penser que le traitement Beatson devait être essayé, de préférence à l'hôpital, où l'examen microscopique est commode à obtenir et l'évolution facilement suivie. Cette année encore, le Dr Beatson a repris la question, ainsi que M. Herman devant le congrés de Cheltenham. Il donna le compte rendu d'un autre cas où, aussitôt aprés l'intervention, une amélioration rapide commença. Les symptômes disparurent, la tumeur régressa, et six mois plus tard, l'opérée se portait absolument bien. Le médecin traitant, frappé d'un aussi brillant résultat, employait dans ses lettres l'expression suivante : « Cela ressemble à du roman ». Le promoteur de la méthode, alors, s'appuyant sur l'accueil favorable reçu de divers côtés — de MM. Boyd, Herman, Eve, Watson Cheyne et Lockwood en particulier — ne proposa rien moins que le remplacement de l'amputation du sein par l'oophorectomie suivie d'administration d'extrait thyroïdien. Le ton de sa communication et d'autre part, les demandes qui nous sont faites de temps en temps par les malades m'incitèrent à étudier le sujet de plus près. Je fis une enquête approfondie. Je rencontrai M. Lockwood et lui dis : « J'ai vu que vous étiez favorable au traitement de M. Beatson, l'avez-vous employé souvent ? » Il répondit : « Non, je ne me souviens pas l'avoir réellement louangé, je ne l'ai proposé et pratiqué que de concert avec vous-même chez votre malade ; c'est mon unique cas » Eh bien ! ajoutai-je, en voici le résultat. Son médecin écrit : L'oophorectomie n'a procuré aucun soulagement quoique, pendant le premier mois, le néoplasme ait paru un peu affaissé : depuis, d'autres nodules se sont produits. En résumé, elle empira et finalement succomba. Je cherchai ensuite ce qu'avait dit M. Eve, et je trouvai, dans un recueil publié en 1899, l'observation d'une femme ovariotomisée qui, après une amélioration de 5 à 6 mois de durée, mourut au bout d'une année. Poursuivant mes investigations, je voulus connaitre l'opinion de M. Watson Cheyne. Il avait employé la méthode Beatson chez deux jeunes malades, de 30 et 31 ans. Il y eut un mieux apparent momentané, puis leur état empira et elles succombèrent.

A la réunion de la Société clinique, M. Stiles, d'Edimbourg, un des assistants de la première lecture de M. Beatson, vint déclarer à son tour que cette premiére malade allait maintenant ra-

(1) Ce traitement fit quelque bruit à Londres, dans les journaux politiques. On disait à ce moment le roi Edouard atteint de cancer de la gorge.

pidement plus mal. La femme opérée à Reading, dont je vous ai entretenu au cours de la leçon, finit elle aussi par succomber au carcinome. M. Stanley Boyd lui-même admet que la plupart des opérées ont des rechutes de 6 mois à 1 an après l'ovariotomie. L'expérience prouve donc que l'ablation des ovaires influence le cancer du sein d'une manière transitoire seulement.

Vous pourrez objecter à cette critique qu'un très grand nombre d'amputations du sein ne donnent pas plus de succès. Le néoplasme récidive et la mort s'ensuit. Dans ces circonstances, oophorectomie ou ablation locale paraissent aboutir à un semblable résultat final. En réalité, il n'en est pas tout à fait ainsi, il s'en faut. Pour vous permettre de juger la différence, je vais préciser le but des opérations locales. Prenez une femme atteinte d'un petit néoplasme malin des mamelles, sans adénopathies ; on peut raisonnablement espérer, par une amputation large du mal, la guérison complète et sans retour. Elle vivra 10, 15, 20 ans sans cancer et mourra d'une autre affection. Prenez maintenant une femme avec un néoplasme et des ganglions. Vous enlevez le tout par une intervention locale sanglante. La lésion récidive *in situ*. C'est jusqu'à un certain point un échec opératoire, mais, au total, la situation est améliorée. La patiente est moins misérable et meurt moins péniblement. En voici un exemple :

Il y a quelques années, je vis une dame atteinte d'un cancer grave du sein. L'infiltration de l'organe était complète. Un charlatan l'avait traitée pendant 6 à 8 mois et la glande mammaire était devenue dure et enflammée. Le pronostic me parut aussi mauvais que possible. Toutefois, comme elle souffrait beaucoup et désirait qu'on fit quelque chose pour la soulager je pratiquai l'amputation du sein. Peu de mois après, la néoplasie récidivait sous forme de nodules, et en même temps, l'autre sein se prenait, devenant, à son tour, douloureux et tuméfié. Or, la malade appréciant le soulagement de la première opération me supplia de faire l'amputation de l'organe nouvellement atteint. Autre exemple : Je discutais un jour, l'opportunité de l'intervention locale devant un monsieur âgé dont la femme et la belle-sœur étaient toutes deux mortes de cancer mammaire. Une de ces malades avait été opérée, l'autre non. Une des personnes présentes dit : Quel avantage donne l'opération si le néoplasme doit récidiver? Le monsieur répondit: La différence entre la mort de ma belle-sœur et celle de ma femme fut énorme. La première, non opérée, souffrit considérablement ; l'autre, ayant subi l'amputation du sein, eut une fin beaucoup moins triste.

Il existe aussi certains cas où aucun retour du mal ne se produit localement. Vous enlevez la glande mammaire et les ganglions avec un succès parfait quant à la récidive *in situ*, le cancer réapparaissant ailleurs. Il n'y a plus d'ulcération et la situation est infiniment moins pénible. Vous pouvez rencontrer de temps en temps des malades comme la suivante : il s'agit d'une pauvre femme chez laquelle j'ai fait l'opération de Halsted. Cinq années se sont écoulées et elle n'a pas eu de retour sur place. Elle s'émacie, pâlit et s'affaiblit progressivement, mais continue à vivre sans souffrances, grâce à une petite injection de morphine de temps à autre.

Ainsi donc, dans les amputations du sein pour cancers de cet organe, nous poursuivons trois buts :

1° L'espoir que l'opération sera absolument curative ;

2° Si la maladie entraîne la mort de la patiente, elle peut le faire alors par récidive à quelque autre organe et avec moins de douleurs ;

3° Si le cancer récidive localement sous forme de nodules, la femme habituellement souffre beaucoup moins que sans opération.

Tels sont les résultats des amputations du sein. Eh bien ! on nous demande de les remplacer par l'oophorectomie qui donne quoi ? Jusqu'à ce jour, aucun exemple de guérison absolue ; une récidive en général dans la même forme et avec les mêmes symptômes morbides que la première atteinte ; enfin, parfois, un bénéfice nul. J'admets que la méthode Beatson a été, la plupart du temps, employée dans des très mauvais cas, quand le cancer était récidivé, après amputation du sein et n'était plus ré-opérable. Pour obtenir une opinion définitive sur la valeur de l'oophorectomie, il faudrait l'appliquer, par exemple, sur 20 ou 25 femmes, atteintes de cancer mammaire limité et sans ganglions. Sans blâmer le chirurgien qui, du consentement des malades, ferait cette tentative, je ne me sens pas personnellement une foi suffisante pour cela.

Traduit du *British medical Journal*
par le Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La ligue des médecins et des pères de famille.

Mon cher Confrère,

Vous serez bien aimable de faire paraître dans le *Concours médical* la circulaire que nous venons d'envoyer à tous les médecins de Paris.

Dans cette circulaire, il y a une lacune assez importante : j'aurais dû demander aux Confrères, et à tous nos adhérents, du reste, de nous communiquer tous les faits susceptibles de constituer un dossier contre l'hygiène scolaire actuelle. Je crois que Le Gendre l'a fait déjà dans le *Concours* ; mais je n'en suis pas certain.

C'est, du reste, un point sur lequel il est permis d'insister.

Ci-contre, quelques lignes pour combler la lacune ci-dessus indiquée.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Mathieu,
médecin des hôpitaux,
37, rue des Mathurins.

La ligue des médecins et des familles.

Le Comité de la Ligue des médecins et des familles vient d'adresser aux médecins de Paris la circulaire que nous reproduisons. Il serait reconnaissant aux confrères qui le pourraient et le voudraient de lui communiquer des faits susceptibles de démontrer la mauvaise organisation actuelle de l'hygiène scolaire (alimentation insuffisante, habitation vicieuse, maladies contractées dans les établissements d'instruction, surmenage scolaire, insuffisance des heures de repos et d'exercice au grand air, etc.). Il

importe que les revendications de la Ligue, le jour où elles se produiront, s'appuient sur un dossier de *faits probants*. Il est facile, si on le désire, de ne pas livrer à la publicité les noms des personnes ni même des localités.

Voici l'appel que lance la *Ligue des médecins et des familles* pour l'hygiène scolaire :

Paris, le 30 mars 1902.

M,

Beaucoup de médecins et de pères de famille déplorent les conditions d'hygiène défectueuse dans lesquelles sont maintenus pendant de longues années les élèves des écoles et particulièrement ceux des établissements d'enseignement secondaire. Ils sont véritablement effrayés pour l'avenir des individus et de la race elle-même, de voir des enfants et des jeunes gens vivre d'une vie trop sédentaire, sans exercice physique suffisant, dans l'air confiné de locaux bien souvent trop restreints et mal aérés. Ils regrettent que des programmes trop chargés exposent les élèves laborieux au surmenage cérébral et amènent l'éparpillement des efforts intellectuels. Ils regrettent également que les méthodes d'enseignement exercent beaucoup plus la mémoire que la réflexion et le jugement.

Une centaine de médecins, dont vous trouverez les noms plus loin, ont pensé qu'il était temps d'éclairer l'opinion publique et de réagir vigoureusement contre les errements du passé. Ils ont décidé la fondation d'une association de propagande et d'étude à laquelle ils ont donné le nom de : « Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles ».

Les principes dont elle s'inspirera et ses moyens d'action ont été formulés de la façon suivante dans une réunion préparatoire à laquelle avaient été convoqués tous les adhérents de Paris :

I. La ligue des médecins et des familles considère comme un danger public le mépris des préceptes de l'hygiène et l'oubli des nécessités du développement physique dans l'éducation des enfants et des jeunes gens.

II. Elle a pour but l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles.

III. Elle considère comme fondamentaux les principes suivants :

1° Il est indispensable de donner à la vie au grand air et aux exercices physiques, *sagement mesurés*, toute l'importance que réclame l'hygiène d'enfants et de jeunes gens en voie de développement ;

2° Il est indispensable que les programmes des études et des examens de sortie ne soient pas trop chargés et empêchent l'éparpillement des efforts intellectuels ;

3° Les méthodes d'enseignement doivent se proposer beaucoup plus d'exercer la réflexion et le jugement que de surcharger la mémoire ;

4° Il doit être tenu compte, dans la mesure possible, de l'individualité physique et cérébrale des élèves, et, pour cela, il importe de limiter leur nombre dans chaque classe ;

5° Il est désirable que des médecins et des pères de famille désignés par le Comité directeur de la Ligue, soient délégués à titre consultatif près du Conseil supérieur de l'instruction publique, lors de la discussion des programmes et des méthodes d'enseignement ;

6° Il y a lieu d'instituer près de chaque établissement scolaire un Comité chargé de la surveillance générale de l'hygiène ; le Comité serait formé du directeur, de professeurs, de médecins et de pères de famille ayant leurs enfants dans l'établissement.

IV. La Ligue des médecins et des familles se propose de faire une campagne active pour la vulgarisation et l'application des principes précédents.

V. Les moyens d'action de la Société seront :

1° La propagande faite par chacun de ses membres individuellement ;

2° La propagande collective par des publications ou des conférences par les soins de la Ligue ;

3° La création de Comités en province ;

4° Des démarches auprès des pouvoirs publics et des corps élus faites par les soins du Comité.

Le Comité de la Ligue réclame avec instance votre adhésion, et, si vous voulez bien la lui accorder, il vous demande de faire autour de vous une campagne énergique en faveur des idées qu'elle défend et du but élevé qu'elle se propose. Il appartient surtout aux médecins d'éclairer les familles sur les dangers que courent les enfants et de les amener à nous.

Dès maintenant la Ligue reçoit également les adhésions des médecins et des non médecins.

Nous ne sommes nullement les ennemis du Corps enseignant, bien loin de là, et il nous serait extrêmement précieux d'avoir l'adhésion des professeurs. Leur collaboration nous sera indispensable pour l'étude des questions complexes de l'hygiène scolaire : les réformes nécessaires doivent se faire grâce à l'entente du Corps enseignant et du Corps médical avec l'appui des familles.

Le Comité central de la Ligue aura son siège à Paris ; mais il est désirable que des Comités soient constitués en province pour y organiser la propagande par les moyens appropriés à chaque centre. Nous prions les adhérents de province, médecins ou non, de nous dire ce qu'ils pensent pouvoir faire dans ce but.

Le bureau-directeur a été provisoirement constitué de la façon suivante :

Président : Le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, 25, rue de Châteaudun.

Secrétaire général : Le docteur Albert Mathieu, 37, rue des Mathurins.

Trésorier : Le docteur André Thomas, 64, rue de la Chaussée-d'Antin.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

Article 5 des statuts :

La Ligue se compose en nombre illimité et sans distinction de sexe sous la seule condition qu'ils aient atteint leur majorité et qu'ils jouissent de leurs droits civils :

1° De membres actifs payant une cotisation annuelle minima de 2 francs :

2° De membres fondateurs dont la cotisation annuelle minima est de 10 francs ;

3° De membres perpétuels effectuant un versement unique qui ne peut être inférieur à 100 francs.

Dès maintenant, les adhésions peuvent être envoyées au Secrétaire général et les cotisations versées au Trésorier.

Laissez-nous espérer, M. , que vous voudrez bien nous accorder votre adhésion et votre collaboration.

Le Comité.

Nous regrettons de ne pouvoir, faute de place, publier la liste déjà longue des premières adhésions recueillies par l'intermédiaire du *Concours Médical.*

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires au chirurgien d'hôpital pour soins aux victimes du travail.

TRIBUNAL DE PAIX DE SAUMUR.

3 *juillet* 1901.

(DOCTEUR SEIGNEUR. — C. — COMPAGNIE PARIS-ORLÉANS.)

Nous, juge de paix,

Vu notre jugement de remise du 12 juin dernier ;

Vu notre jugement de mise en délibéré du 19 du même mois ;

Attendu que, le 27 mai 1900, le sieur Verriau, âgé de vingt-cinq ans, travaillait comme homme d'équipe à la gare d'Orléans, à Saumur, lorsqu'il fut mutilé par un train; que la Compagnie des chemins de fer, aidée de M. le docteur Renon, son médecin, le fit immédiatement transporter à l'hospice de Saumur où, vu la gravité de son état, il fut admis d'urgence, sans aucune formalité d'entrée ;

Attendu que M. le docteur Seigneur, chirurgien de l'hospice, aidé de MM. les docteurs Peton et Foureur, pratiqua sur Verriau, le même jour, diverses opérations ; qu'il en demande paiement à la Compagnie, en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, savoir :

1° Amputation d'un bras	300 fr.
2° Amputation d'une jambe	200 »
3° Fracture à la clavicule	50 »
4° Grattage du calcaneum	100 »
5° Suture du cuir chevelu	20 »
6° Aides	60 »
7° Pansements	70 »
Ensemble	800 »

Attendu que la Compagnie, pour résister à la demande, invoque un reçu qui lui a été délivré par M. l'Econome de l'hospice, constatant qu'elle a payé, en conformité du tarif, la somme de 105 francs pour frais d'hospitalisation, parmi lesquels figurent les frais médicaux et, par suite, les soins de M. Seigneur ; qu'elle conclut à ce qu'il nous plaise : déclarer M. Seigneur non recevable en sa demande l'en débouter ; très subsidiairement et par impossible, dire qu'il ne pourrait être dû que les honoraires fixés d'après le tarif adopté par l'assistance médicale gratuite, conformément à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ; condamner M. Seigneur aux dépens ;

Attendu que, dans l'état des faits ci-dessus énoncés, il y a lieu de rechercher si la demande est recevable et fondée ;

Sur la compétence :

Attendu qu'aux termes des art. 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898, soit que la demande émane de la victime de l'accident, soit qu'elle émane du médecin qui a opéré, c'est toujours le juge de paix du lieu de l'accident qui est seul compétent pour connaître des contestations relatives aux frais du médecin ; que sa compétence est illimitée dans cette matière, puisqu'il peut juger les contestations de cette nature à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, et qu'il juge en dernier ressort sans appel possible ;

Attendu que l'accident s'est produit à la gare d'Orléans, canton nord-ouest de Saumur ; que nous sommes donc seul compétent sur la demande qui nous est soumise ;

Sur les honoraires de M. Seigneur :

Attendu que Verriau n'est point indigent, puisque les frais médicaux réclamés par son état sont mis légalement à la charge du chef d'entreprise, et qu'il a droit à une pension annuelle ;

Attendu que, par la nature même de leur engagement, les médecins attachés au service de l'hospice de Saumur ne doivent leurs soins gratuitement qu'aux indigents placés dans cet établissement, c'est-à-dire aux individus dépourvus de ressources ; qu'étant désignés par la commission administrative pour, moyennant une très faible indemnité, prêter leur art à l'œuvre de charité à laquelle l'hospice est consacré, leur devoir envers l'hospice ne s'étend pas au-delà de l'engagement qu'ils ont pris de secourir les malheureux ; qu'il s'ensuit qu'ils ne sont point obligés de soigner gratuitement les malades hospitalisés qui ne se trouvent pas dans les conditions d'indigence prévues par la loi ;

Attendu que la commission administrative de l'hospice l'a si bien compris que, dans sa délibération du 17 novembre 1899, elle a déclaré laisser les médecins et chirurgiens entièrement libres de demander ou non des honoraires aux malades payants de l'hospice ;

Attendu qu'il ne saurait donc y avoir d'équivoque sur la nature du droit, pour les médecins et chirurgiens, de réclamer leurs honoraires aux malades solvables, soignés à l'hospice ; qu'autrement ce serait par leurs fonctions, déjà toutes de dévouement, les obliger à faire œuvre de charité à leur propre détriment ;

Attendu que M. le docteur Seigneur, en prêtant son concours à une œuvre philanthropique, donne gratuitement ses soins aux malades indigents de l'hospice ; que la somme de 400 francs qu'il reçoit annuellement lui est accordée, non à titre d'honoraires, mais bien à titre d'indemnité, ainsi qu'il résulte de la délibération de la commission administrative du 12 mars 1897 ; que cette indemnité lui est allouée pour le dédommager d'une partie de ses frais de transports et de déplacements à l'occasion de son service à l'hospice ; que, par suite, la somme de 105 francs, payée par la Compagnie à l'hospice, ne peut comprendre les honoraires présentement réclamés ;

Attendu que si l'individu qui possède des ressources reçoit, en quelque lieu qu'il se trouve, des soins de la part d'un médecin, ces soins ne sont présumés lui être fournis qu'à charge de répétition, et la demande de son admission à l'hospice comporte implicitement l'engagement de payer les frais du médecin aussi bien que ceux d'hospitalisation ;

Attendu que ladite Compagnie de chemins de fer ne peut faire appel à l'assistance gratuite d'un médecin sans y avoir droit ; qu'elle ne justifie par aucun moyen de sa prétention ; qu'elle n'est point dans les conditions prescrites par la loi sur l'assistance médicale gratuite ; qu'il est évident qu'elle a profité en la personne de son employé des bienfaits du médecin ; qu'elle ne peut tenir ces bienfaits sans une juste rémunération ; qu'il serait contraire aux principes généraux du droit de décider que les médecins des hospices, parce qu'ils y font la charité, n'ont pas le droit de réclamer d'honoraires aux malades qui ont des ressources suffisantes et qui sont traités dans ces hospices ;

Sur le tarif des honoraires :

Attendu que le sieur Verriau n'a point été hospitalisé au titre d'indigent ; que la Compagnie l'a conduit à l'hospice pour qu'il y reçoive plus promptement et plus commodément les soins que son état demandait ; que, dans ces conditions, Verriau, qui était dans l'impossibilité de manifester sa volonté, n'a point été soigné par un médecin de son choix, le tarif adopté pour l'assistance médicale gratuite n'est donc pas applicable à l'espèce ;

Attendu que la Compagnie est seule responsable des honoraires du médecin appelé sur son indica-

tion ; que ces honoraires ne peuvent avoir pour base que le tarif ordinaire, en tenant compte des services rendus, de la nature de la maladie, du résultat obtenu, de la situation de famille et de la fortune du malade ;

Attendu que Verriau est resté à l'hospice ; qu'il y a reçu les soins du docteur Seigneur pendant soixante jours, du 27 mai au 26 juillet 1900 ;

Attendu que la demande du docteur Seigneur est justifiée par les circonstances particulièrement graves et difficiles de la cause, et par les complications sérieuses qui se sont présentées au cours des opérations; qu'en effet : 1° l'amputation du bras droit a été faite à la partie supérieure, l'humérus étant broyé jusque dans l'articulation, les chairs étant écrasées et la peau dilacérée, il a fallu enlever des esquilles jusque dans l'articulation de l'épaule, recouper les chairs plusieurs fois, pour arriver jusqu'aux parties vivantes et en trouver suffisamment pour former le moignon, et parmi les lambeaux de peau en trouver assez pour le recouvrir.................... 300 fr.

2° Le pied gauche était écrasé, d'où est résultée l'amputation de la jambe............ 200 »

3° Fracture de la clavicule, réduction..... 50 »

4° Plaie au talon droit. Résection d'une partie du calcaneum............ 100 »

5° Plaie d'au moins dix centimètres du cuir chevelu ; nettoyage et suture............ 20 »

6° Pansements divers et visites pendant 0 jours............ 70 »

7° Honoraires des aides............ 60 »

Total........... 800 »

Attendu que ces sommes ne paraissent point exagérées ; qu'elles sont en harmonie avec le minimum du tarif appliqué à Saumur ; qu'elles ne sont point non plus hors de proportion avec les services rendus et la situation de la victime, étant donné que Verriau était en danger de mort ; que, s'il avait succombé, il aurait laissé une veuve et un tout jeune enfant sans autres ressources que le travail de la mère avec une pension inférieure ;

Attendu que les frais incombent à la partie qui succombe ;

Par ces motifs,

Jugeant contradictoirement et en dernier ressort ;

Disons qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter autrement aux conclusions de la Compagnie défenderesse : les rejetons comme mal fondées ;

Condamnons ladite Compagnie à payer à M. le docteur Seigneur la somme de 800 francs pour les causes susénoncées ;

La condamnons, en outre, aux intérêts de droit et aux dépens.

Délivrance de remèdes secrets sur ordonnance incomplète et conventionnellement chiffrée.

Tribunal Correctionnel de la Seine (10e ch.)

5 *novembre* 1901.

Attendu que H..., pharmacien et V..., docteur en medecine, sont prévenus d'avoir, depuis moins de trois ans, vendu d'un commun accord, d'après des ordonnances ne comportant pas les compositions des préparations medicamenteuses et dont les formules n'ont point été déposées, des produits pharmaceutiques indiqués seulement sous la rubrique solution n° 1, n° 2, etc., et considérés comme remèdes secrets ;

Attendu que H... est prévenu personnellement de n'avoir point fait ordonnancer son registre d'inscription d'ordonnances en son nom et de n'y avoir point inscrit les ordonnances exécutées par lui ;

Attendu, en ce qui concerne le second chef de prévention relatif à H... qu'il est constant que ce dernier, pharmacien de deuxième classe, est à la tête d'une pharmacie, sise à Paris, rue du Château-d'Eau, ayant appartenu à S... ;

Attendu que H... ne méconnaît pas avoir contrevenu aux dispositions des articles 3 et 6 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, en ne faisant point mettre en son nom le registre de son prédécesseur et en n'y transcrivant point les ordonnances qu'il a pu exécuter depuis sa prise de possession de l'officine dont il s'agit;

Attendu au surplus qu'il résulte d'un procès-verbal dressé le 5 avril dernier que le registre des ordonnances est encore au nom de S... et que depuis le 13 février 1900 aucune inscription d'ordonnance n'y a été faite ;

Attendu, dès lors, qu'il échet de lui faire application de l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845 ;

Attendu, sur le premier chef de la prévention, qu'il n'est pas contesté et qu'au surplus il appert du procès-verbal susénoncé que H... a exécuté des ordonnances signées du docteur V... et portant simplement la rubrique solution n° 1, solution n° 2, etc.

Attendu que les prévenus soutiennent :

1° Que les flacons contenant les solutions dont s'agit sont revêtus d'une étiquette portant comme mention « Spécialité Vogelice Germel » et d'une autre indiquant le contenu de la préparation ;

2° Que les solutions sus-indiquées ne constituent pas des remèdes secrets puisqu'elles sont délivrées sur ordonnances dont le pharmacien possède la formule ;

Mais attendu qu'aux termes de l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, la vente des substances vénéneuses ne peut être faite pour l'usage de la médecine que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin ; que cette prescription doit être signée, datée et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances ainsi que le mode d'administration du médicament :

Attendu que le docteur V... a reconnu le 9 avril 1900, ainsi que cela résulte du procès-verbal dressé par le commissaire de police, que la solution n° 2 tout au moins, se composait de teinture d'opium, de teinture de belladone, de teinture d'arsenic, de teinture de digitale, de teinture de jusquiame, à raison de deux grammes pour chacun de ces produits sur cent grammes d'eau ;

Attendu qu'il ne peut donc être dénié que cette solution renferme des matières toxiques qui ne peuvent être vendues au public qu'en se conformant aux dispositions de l'article susénoncé, et constitue un remède secret, c'est-à-dire une préparation médicamenteuse, dont la formule n'est pas inscrite au Codex ou qui n'a point été préparée sur une formule magistrale ;

Attendu que les professeurs Moissan et Gauthier ont déclaré, le 26 mai 1900, qu'il ressortait de leur visite à la pharmacie H.. que ce dernier se livrait à la vente des remède secrets ; qu'il existait entre lui et le docteur V... une sorte d'association tacite pour la vente de ces remèdes et que tous deux avaient contrevenu à l'ordonnance du 29 octobre 1846 ; qu'il importe peu, dès lors, que ces diverses solutions constituent une spécialité qui a été ou n'a pas été déposée et que le pharmacien en possède la formule, puisque la loi en interdit formellement la vente en dehors de ses prescriptions impératives ;

Attendu, conséquemment, que les prévenus tombent non seulement sous l'application de l'article 1er de la loi de 1845, mais encore sous celle de la loi du 29 pluviôse an XIII, qui établit la sanction aux infractions commises en violation des articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI :

Attendu qu'il échet toutefois, conformément à l'art. 865 du Code d'instruction criminelle, de n'appliquer aux prévenus que la pénalité de la loi de 1845 ;

Attendu, d'autre part, qu'il est de principe que l'article 365 C. I. C. est applicable aux lois sur la police de la pharmacie et, par suite, les peines encourues par H... sur le second chef de la prévention se confondent avec celles encourues sur le premier chef ;

Attendu qu'il échet de faire aux prévenus application de l'article 463 du Cod pénal, modérant la peine à raison des circonstances atténuantes ;

Par ces motifs,
Condamne H... et V... chacun et solidairement à 500 francs d'amende ;
Les condamne aux dépens.

CORRESPONDANCE

Trucs de concurrence archi-usés.

Mon cher confrère,

Je tiens à vous signaler un petit fait qui vous prouvera combien l'entente entre confrères est difficile, sinon impossible ; le voici dans toute sa pureté, je crois qu'il pourra servir à l'édification de tous.

Nous sommes ici 3 confrères, deux jeunes et un vieux (ce dernier très riche). Ce nombre est plus que suffisant pour le peu d'importance de la ville et de ses environs ; la clientèle y paye assez mal et la vie y est chère. C'est pour ces raisons que mon confrère, le Dr D.... et moi avions décidé de porter le prix des visites, jusque-là de 2 fr. pour tous, à 3 fr. dans la clientèle bourgeoise et aisée. Rien, je crois de plus naturel.

Dans ces intentions, nous fûmes trouver notre vieux confrère, le Dr E.... pour lui demander son avis et son adhésion. L'adhésion, il ne la donna pas, disant que vieux dans le pays, et ne devant plus exercer bien longtemps, il ne voulait rien changer aux usages établis, raison qui nous parut valable, mais pour son avis, il nous le donna et très nettement conforme au nôtre, affirmant qu'en somme nous avions raison que les riches devaient payer plus cher, etc...... Il ne nous appuyait pas ouvertement, mais du moins s'engageait implicitement à ne nous point combattre.

Or, huit jours, pas plus, après cet entretien *confidentiel*, voici ce que nous apprenons : le *cher confrère*, nous a vilainement desservis auprès des clients, a raconté la démarche faite auprès de lui et il a agrémenté son indiscrétion de commentaires désobligeants, disant « que *nous augmentions le prix de nos visites pour payer nos automobiles, que nous voulions prendre nos aises aux dépens de nos clients, que pour lui il gardait son vieux cheval et ne voulait à aucun prix exploiter ses clients, ses vieux clients, ses chers clients*, etc. etc.. » Trémolo attendri, émotion papelarde, toute la lyre, enfin. — Que répondre ? On nous honnit, on le louange, sans se douter que le bon apôtre, qui n'envoie jamais ses notes, attend les décès dans les familles pour se faire régler chez le notaire des honoraires plus que chargés.

Je livre le fait divers au jugement de nos confrères. Notez-le bien, nous ne reprochons pas au Dr E..... de n'avoir pas consenti au nouveau tarif ; il était libre ; la faute et la grande faute, c'est : 1° d'avoir répété dans la clientèle une conversation toute confidentielle, 2° de s'être fait de notre démarche une arme contre des confrères assez confiants pour l'avoir informé de leurs projets.

Heureux celui qui, après de tels exemples, peut encore croire à l'entente et à la bonne confraternité médicales. Dr X.

N.D. L. R. — Laissez dire votre bonhomme, et maintenez vos prix, sans vous émouvoir autrement. Ce même fait s'est produit partout où des Syndicats se sont créés : les anciens qui ont ainsi opéré, en ont toujours été pour leur courte honte, au bout d'un temps très bref. Nous vous en parlons par expérience. La volonté bien arrêtée de s'entendre doit mépriser ces procédés parce qu'elle ne manque jamais d'en avoir le dessus.

REPORTAGE MÉDICAL

Le secret professionnel imposé aux membres du personnel médical hospitalier. — Le Comité consultatif de l'A. P...

Consulté dans sa séance du 13 février 1902 sur la question de savoir ;

Si les médecins, chirurgiens... peuvent, sans violer le secret professionnel, aviser le Parquet des traces d'un crime ou d'un délit qu'ils ont constatées ou dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions :

Vu le mémoire à consulter de M. le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris en date du 7 février 1902 : vu l'article 378 du Code pénal; après avoir entendu Me Henri Aubert en son rapport ; considérant que l'article 378 du Code pénal punit d'une peine d'emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie » qui auront révélé ces secrets hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs ;

Considérant qu'en laissant de côté cette dernière restriction, laquelle, depuis l'abrogation des articles 103 à 107 du Code penal par la loi du 28 avril 1832, ne pourrait plus s'appliquer qu'au cas prévu par l'article 30 du Code d'instruction criminelle, où une personne se trouve avoir été témoin d'un crime ou d'un délit, c'est-à-dire avoir assisté à la perpétration, la disposition de l'article 378 précité est générale et absolue ;

Qu'elle punit, ainsi que l'a décidé la Cour de cassation, toute révélation du secret professionnel sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire (*Chambre criminelle, rejet*, 19 *décembre* 1885 ; — *Dalloz, périodique, année* 1881, 1re *partie, pages* 347 *et* 348 ; — Que l'obligation du secret implique, pour ceux qui y sont soumis l'interdiction de révéler, même lorsqu'ils sont appelés à déposer en justice, en qualité de témoins, les secrets dont ils sont devenus dépositaires à raison, de leurs fonctions (*Chambre criminelle*, 14 *mars* 1895, *Bulletin* n° 80) et que la Cour de cassation a même décidé qu'une déposition faite en violation du secret professionnel ne saurait être retenue par la justice comme un élément de preuve (*Chambre civile de cassation*, 1er *mai* 1899 ; *Chambre criminelle, rejet*, 10 *mai* 1900 ; *Sirey, année* 1891, 1re *partie, pages* 116 *et* 168) ;

Considérant qu'en ce qui touche spécialement les médecins, chirurgiens et autres praticiens nommément désignés dans l'article 378, l'obligation du secret s'applique indistinctement à tous les faits qu'ils ont constatés ou dont ils ont eu connaissance en raison des soins qu'ils ont été appelés à donner ;

Qu'il importe peu que le malade qui s'est confié à eux n'ait point exigé le secret, ou bien que la révélation soit postérieure au décès et qu'elle ne soit pas de nature à nuire à l'honneur ou à la considération du malade ; — Que l'interdiction de violer le secret professionnel est générale et absolue ; considérant que cette obligation du secret s'impose aux médecins, chirurgiens, internes et autres membres du personnel appelés à donner des soins aux malades qui sont admis dans les établissements hospitaliers, avec la même rigueur que s'il s'agissait de personnes qui auraient fait appel à leur art dans la clientèle privée ; ...Par ces motifs ;

Emet l'avis ; Que l'obligation du secret professionnel constitue une règle absolue pour les personnes appartenant au corps médical des hopitaux, en ce qui touche les faits dont elle n'ont eu connaissance qu'à raison des soins donnés aux malades en traitement dans ces établissements.... *Signé* ; BÉTOLAUD, LEVEN, DUBASTY, WORMF, RENDU, POUILLET, CHAUMAT, AUBERT, DUHIL. Pour extrait conforme ; le *secrétaire général, signé* : THILLOY.

La foire au cinématographe chirurgical. — « Mon cher Directeur,

On a fortement discuté, trop à mon sens, sur l'opportunité de créer, en France, un *Ordre des médecins* pour la sauvegarde de la dignité professionnelle. Il est évident que les abus quotidiens du mercan-

tilisme médical rendent de plus en plus nécessaire cette création.

« Récemment, un de nos confrères, chirurgien hardi, se faisait cinématographier pendant qu'il séparait en deux un monstre que la nature, parfois baroque, avait jugé utile de faire double.

« C'était déjà bien ; on ne peut que regretter que la presse médicale soit restée silencieuse en présence d'une excentricité que l'on s'est contenté de qualifier dans son for intérieur.

« Mais voici qui est plus fort ; Je promenais hier un étranger à la foire aux pains d'épices, lorsque nos yeux sont attirés, tout à coup, par une pancarte énorme sur laquelle on lisait : « Le docteur (en toutes « lettres), venez voir le *Cinématographe*, l'opération « célèbre de Doodica, etc. »

« Le nom d'un médecin, une opération chirurgicale, la pratique de notre honorable profession, tout cela ravalé au niveau des Gugusse, des clown et des cabinets secrets, où l'on ne pénètre que quand on a de la barbe, voilà où nous en sommes !...

« J'ai eu, je l'avoue, quelque honte aux yeux de l'étranger intelligent que je promenais.

« N'est-il pas temps de protester ? Je le fais en mon nom, en attendant qu'à défaut d'Ordre des médecins, les *syndicats professionnels* déclarent hautement condamner les pitreries médicales qui achèveront, avant peu, de nous disqualifier aux yeux du grand public.

« Agréez, etc. D[r] LEGRAIN. »

(Extrait de la *Tribune médicale*).

Un décès après injection de teinture d'iode. — S'il était nécessaire de prouver encore que tout le monde peut avoir besoin d'être membre du *Sou médical*, il suffirait de faire lire les lignes suivantes que nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris*.

« M. le D[r] Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière, consacre, chaque mercredi, deux heures au traitement des personnes atteintes de goitre. La méthode de traitement qu'il emploie consiste à injecter dans le goitre de la teinture d'iode. Cette méthode, préconisée par le D[r] Luton (de Reims), et que le D[r] Duguet est presque seul actuellement à pratiquer, a débarrassé beaucoup de personnes de leur goitre.

Un jour, le D[r] Duguet, qui opérait devant ses élèves et deux médecins de province, fit une injections à très petite dose à une demoiselle L......, âgée de vingt-deux ans, dont le goitre, traité depuis quelque temps déjà, était prêt à disparaître. Cette jeune fille, qui avait subi chaque fois l'injection de teinture d'iode sans le moindre malaise, se trouva indisposée. Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, elle expira deux heures après l'opération.

M. Duguet a dit à ce propos ; « Il y a en médecine un certain nombre de phénomènes dont les causes sont obscures. Par exemple, la mort — par le chloroforme, alors qu'on a pris toutes les précautions — de cette jeune femme succombant, au bois de Boulogne, après avoir absorbé un verre de lait froid. Je suppose qu'il s'est produit un réflexe médullaire ; mais c'est là une explication physiologique qui ne me satisfait pas pleinement. » Le D[r] Duguet aurait voulu qu'une autopsie fût pratiquée La famille s'y est opposée. Contrairement à ce qu'ont dit quelques journaux, il n'a pas été ouvert d'enquête par le Parquet. »

Heureux les maîtres !

Hôpital Saint-Antoine. Conférences de Radiologie médicale. — Le D[r] A. Béclère commencera le dimanche 4 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *six conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie, et de la Radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de Radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du D[r] Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tout frais compris.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours pratique sur les maladies du système nerveux commencera le lundi 19 mai, à la Salpêtrière et se continuera tous les jours à 2 heures 1/2. Il sera complet en 40 leçons.

Le nombre des élèves sera limité. Pour les inscriptions s'adresser à la Salpêtrière, à M. Philippe ou à M. Sicard.

Le prix d'inscription est fixé à 80 fr.

— M. Alex. Renault commencera, salle du Musée à l'hôpital Cochin, ses conférences cliniques sur les maladies vénériennes et cutanées, le mercredi 30 avril à 4 heures de l'après-midi et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Ont lu : Dans la séance du 14 avril : MM. Cunéo, 27 ; Baudet, 2? Guibé, 24 ; Dujarier, 25.

Séance du 15 avril : MM. Petit, 22 ; Lapointe, 29 Mayet, 23 ; Mouchet, 23.

Séance du 17 avril : MM. Reynaud, 20 ; Pasteau 22 ; Veau, 29 ; Peraire, 20.

Séance du 18 avril : MM. Wiart, 28 ; Ombrédanne, 29 ; Fredet, 26 ; Robineau, 27 ; Absent : M. Thiénot.

Concours d'Internat. — Séance du 11 avril : Appareil ligamenteux de l'articulation de la hanche. Symptômes des fractures du col du fémur : MM. Cauchoix, 11 ; Sourdille, 13 ; de Lacombe, 13 ; Hebert 14 ; Perreaux, 12 ; Saillant, 15 ; Hautant, 16 ; L Jemtel, 10 ; Delile, 9 ; Dobrovitch, 12 ; Absent : M Dalimier.

Séance du 12 avril : Anatomie de la trompe utérine. Signes de la grossesse normale à terme. MM Zeutler, 10 ; Camus (Paul), ; Tixier, (Joseph) 13 Jeannel, 15 ; Monod (Octave), Beaufumé, 13 ; Coutelas, 12 ; Deglos, 13 ; Poupardin, 12 ; Absent excusé : M. Dehérain.

Séance du 14 avril. Artère vertébrale. Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire : Mlle Mouroux 11 1/2 ; MM. Camus, 15 ; Levy (Fernand), 14 ; Léenhardt, 13 ; Viteman, 13 ; Leremboure, 11 ; Baudoin 13 ; Agasse-Lafart, 19 ; de Silva Paranhos, 11.

Séance du 16 avril. Muscles et tendons de la patte d'oie. Symptômes de la rougeole normale : MM Roland, 12 ; Cattard (G), 11 ; Gros-Dévaud, 8 ; Heller, 12 ; Lafossel 14 ; Bloch, 13 ; Claude, 12 ; Picot, 14 ; Mahoudeau, 10 ; Guillaume-Louis, 14.

Séance du 17 avril. — Les artères du pied. Symptômes et complications des oreillons : MM. Ribot, 11 ; Lebar, 12 ; Verliac. 14 ; Bussy, 10 ; Dromard, 13 ; Thaon, 15 ; Plourens, 15 ; Capette, 16 ; Déhérain, Landowski, 12.

Concours d'Internat de St-Lazare. — Ont été nommée internes titulaires : MM. Bernheim, Mougeot, David, Baldenweck, Guilly, Ambrosi ; Internes provisoires : MM. Houlié, Vermeil, Moreau, Gratier.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4813. — M. le docteur DEROUAU, de Châtellerault (Vienne), présenté par M. le docteur Drumez, de Châtellerault et membre du Syndicat des médecins de la Vienne.

N° 4814 — M. le docteur GILLOT, de Paris, présenté par M. le docteur Omnès, de Paris.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs FAYARD, de Paris et GAUVAIN, de Sidi-Bel-Abbès (Oran), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : D[r] H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Honoré et cher Confrère, 15 avril 1902.

L'intérêt que témoigne la direction du *Concours médical* à la campagne anti-alcoolique m'encourage à vous demander, au nom de l' U. F. A. un nouveau service.

Notre Ligue a organisé une pétition dont je vous adresse un exemplaire dans l'espoir que vous pourrez peut être par la voie du *Concours*, la faire parvenir sous forme de « feuille à détacher », à vos 5.000 lecteurs.

Je me plais à espérer qu'invités à collaborer à une œuvre dont, mieux que quiconque, ils sont à même de comprendre l'urgence, nos confrères ne se refuseront pas à solliciter dans leur entourage un grand nombre de signatures dont la masse, véritable avalanche, aura tôt fait d'emporter la résistance des pouvoirs publics.

Il y a là, pour le Corps médical, un bel exemple de solidarité et de patriotisme à donner : tous les membres du « Concours » marcheront comme un seul homme !

Veuillez agréer, je vous prie, cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr OUDAILLE.
Membre du Comité de l' U. F. A.

UNION FRANÇAISE ANTIALCOOLIQUE

2me CONGRÈS DÉPARTEMENTAL
DU 10 NOVEMBRE 1901, A ALAIS

PROJET DE PÉTITIONNEMENT

Adopté par le Congrès.

A Messieurs les Ministres,
A Messieurs les Sénateurs,
A Messieurs les Députés,

Les soussignés ont l'honneur de solliciter votre bienveillante attention sur ce qui suit :

La France se trouve actuellement à la tête de tous les peuples pour la consommation de l'alcool

NOMS ET PRÉNOMS	QUALITÉS	ADRESSE	SIGNATURE

et de l'absinthe, tandis qu'elle est au dernier rang pour le nombre des naissances et l'accroissement de la population.

Il est parfaitement avéré que l'alcool est un poison pour l'organisme humain. Les observations, les expériences et les statistiques des médecins et des savants les plus autorisés s'accordent à établir que l'usage des boissons spiritueuses est la principale cause de la tuberculose, de la folie, du crime, de la misère, de l'immoralité, de la dégénérescence et de la dépopulation.

L'alcoolisme constitue donc un vrai péril social qui menace à la fois la santé physique, intellectuelle et morale, la vitalité et le bien-être de l'individu, de la famille, de la nation et de la race.

Par conséquent, il nous paraît nécessaire et urgent d'enrayer ce terrible fléau par un ensemble de moyens énergiques et appropriés, par les efforts combinés de l'initiative individuelle et des pouvoirs publics.

Dans ce but, nous croyons devoir réclamer de votre patriotisme éclairé et vigilant l'adoption et l'application immédiate des mesures suivantes :

1° *Abrogation de la loi du 17 juillet 1880 et règlementation du nombre des débits de boissons*, de façon à substituer le régime de l'autorisation à celui de la simple déclaration et d'amener ainsi une réduction notable du nombre des débits (reprise du projet de loi de MM. Siegfried, Bérenger, etc.)

— *Inspection des débits* au point de vue de la qualité des boissons mises en vente ; de l'hygiène et de la salubrité des locaux ; de la tenue du personnel employé.

— Droit de fermeture accordé aux municipalités après une première contravention.

— Obligation pour les tribunaux de prononcer ladite fermeture en cas de récidive.

2° *Interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe et autres liqueurs similaires*, reconnues dangereuses pour la santé publique — dont la liste serait demandée à l'Académie de médecine — conformément à la *motion* de M. Vaillant, déjà votée en 1900 par le Parlement au cours de la discussion sur le régime des boissons — et à laquelle il conviendrait d'ajouter une sanction pénale.

3° *Suppression du privilège des bouilleurs de cru* qui, considéré au seul point de vue de l'hygiène, est une des principales sources de l'empoisonnement public et favorise en particulier le développement de l'alcoolisme familial avec toutes ses conséquences. Ce privilège est en outre contraire à l'égalité des citoyens et constitue une source de fraudes préjudiciables au Trésor.

Dans l'espoir que vous voudrez bien accueillir favorablement la requête ci-dessus, nous vous prions, Messieurs les Ministres, Sénateurs et Députés, d'agréer l'hommage de nos sentiments respectueux et dévoués.

NOMS ET PRÉNOMS	QUALITÉS	ADRESSE	SIGNATURE

Vu pour légalisation des signatures ci-dessus apposées,
Le Maire de la commune de

Prière de retourner cette feuille aussitôt remplie aux Bureaux de l'U. F. A., 5, rue de Latran, Paris Ve.

Vingt-quatrième année. N° 18 3 MAI 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Nous donnons, aujourd'hui, la première place à deux documents, qui nous ont été demandés et que nous engageons nos lecteurs à conserver en bonne place pour les consulter le jour où ils en auront besoin. Réponse y est donnée à une foule de questions que l'on adresse au *Sou médical*: les membres de cette société s'épargneront souvent des retards et une correspondance peut-être fastidieuse pour eux en allant d'abord tout droit à ces articles.

QUELQUES RENSEIGNEMENTS PRATIQUES SUR LA

PRESCRIPTION

en matière d'honoraires médicaux.

On a, en général, dans le Corps médical, des idées assez vagues sur ce qu'est la prescription, sur sa nature, sur ses effets et, par suite, sur les ressources qu'offrent la loi et les règles qui se dégagent de la jurisprudence, pour écarter parfois l'application de ce moyen si tentant pour les débiteurs de mauvaise foi que les médecins, eux aussi, sont exposés à rencontrer dans l'exercice de leur art. Tous savent qu'à une demande en paiement d'honoraires la prescription peut leur être opposée, s'ils ont laissé passer deux ans sans exercer leur action devant la justice. Toutefois, c'est à cette notion exacte, mais succincte, que se borne pour beaucoup la connaissance de cette matière ; aussi nombre d'entre eux se méprennent sur leurs droits, lorsque, sur le point d'assigner un débiteur récalcitrant, ils constatent tout d'abord que le délai de deux ans est encouru.

Nous voudrions, pour répondre au désir qui nous a été exprimé à maintes reprises par nombre de membres du Sou médical, donner quelques indications précises et pratiques pouvant leur permettre de défendre utilement leurs intérêts et de déjouer à l'occasion les calculs de certains débiteurs peu scrupuleux.

§ I.

Rappelons, en premier lieu, cette règle générale, à savoir que, pour toutes les courtes prescriptions, telles que celle de deux ans applicable à la créance médicale (art. 2272 du Code civil modifié par la loi du 30 novembre 1892), *le débiteur ne se trouve pas libéré par le seul fait que le créancier a laissé passer le délai prévu, sans exercer son action en paiement.*

Nous avons rencontré des médecins qui, créanciers d'honoraires pour toute une série d'années, s'imaginaient qu'ils avaient perdu le droit de réclamer les honoraires antérieurs à deux ans. C'était là une erreur absolue. Il faut, en pareil cas, réclamer la totalité des honoraires dus et *voir venir* le débiteur. Ce dernier peut ne pas invoquer la prescription et discuter seulement le chiffre de la réclamation. Dans ce cas, le tribunal (soit le tribunal de première instance, soit le tribunal de paix) ne peut « d'office », c'est-à-dire de lui-même, appliquer la prescription et réduire la note aux honoraires des deux dernières années. Il n'en a pas le droit. Il faut que le moyen soit opposé par le défendeur.

Si le débiteur invoque la prescription, les droits et les intérêts du médecin ne sont pas encore irrémédiablement compromis.

Il arrive que le débiteur ne se contente pas d'invoquer la prescription, en disant simplement qu'il ne doit rien au demandeur. On

voit fréquemment, surtout dans les instances en justice de paix, où les plaideurs, peu au courant par eux-mêmes, des choses du droit sont souvent mal renseignés, ceux-ci donner des explications, soit par écrit dans des conclusions, soit oralement à l'audience.

Il faut lire ou écouter avec attention ces explications. En voici la raison : La prescription est basée sur une présomption de paiement. Par suite, tout système de défense d'où il résulte d'une façon implicite que le défendeur ne prétend pas avoir payé la dette, a pour conséquence de rendre non recevable le moyen de prescription. Parmi les nombreux arrêts de la Cour de cassation et des Cours d'appel qui ont proclamé ce principe, citons deux des plus récents : un arrêt de la Chambre des Requêtes du 31 août 1899 (Sirey 1899, p. 251) : « La prescription établie par l'article 2272 du C. Civ., repose sur une « présomption du paiement, laquelle peut tou- « jours être détruite par un aveu contraire, « *exprès ou tacite*, émané du débiteur » et un arrêt de la Cour de Paris du 12 décembre 1900 (*Gaz. des Trib.*, 13 mars 1901) dans le même sens et faisant application du principe à un cas où le débiteur avait fait antérieurement offres de payer un reliquat sur les fournitures à lui livrées.

Beaucoup de personnes, parmi celles qui invoquent la prescription, s'imaginent qu'il suffit, pour qu'elle soit acquise, que le délai de la loi soit écoulé et il y en a qui, naïvement, laissent entendre qu'elles n'ont pas payé, mais que cela est sans importance, « puisqu'il y a prescription ». C'est surtout en justice de paix, où les parties comparaissent souvent en personne que se produisent de semblables aveux. Devant les tribunaux civils également, bien que les parties soient représentées par des avoués et que leur comparution à l'audience soit exceptionnelle, et n'ait lieu que lorsqu'elle est ordonnée par le tribunal, on voit parfois se produire des explications compromettantes dans les conclusions rédigées par les avoués. Il faut prendre acte alors, dans des conclusions, des déclaratious écrites ou *orales*, et se fonder sur l'aveu exprès ou tacite du non-paiement pour demander au tribunal de rejeter le moyen de prescription. Le jugement dans lequel il serait passé outre, malgré un aveu de non-paiement, serait susceptible d'être cassé par la Cour de cassation. Avec le Sou médical, quelque minime que soit l'importance de la somme en litige, les médecins seraient sûrs de voir saisir la Cour suprême d'un pourvoi contre une décision qui violerait ainsi les règles du Droit.

D'autres fois, le défendeur commence par nier la dette, puis subsidiairement invoque la prescription. Nier une dette, c'est-à-dire nier qu'on ait jamais été débiteur, c'est avouer tacitement n'avoir pas payé. Cela suffit pour que le moyen de prescription devienne non recevable (Cass. 20 nov. 1889, Sirey 1890-1-8. Baudry-Lacantinerie et Tissier *De la Prescription*, 2e éd., n° 748). Si le créancier fait par les moyens ordinaires la preuve de l'obligation à raison de laquelle il a cité son débiteur en justice — et l'on sait que le médecin peut faire cette preuve par ses carnets et même par témoins — la condamnation du débiteur sera prononcée, en dépit de la prescription par lui invoquée.

Un débiteur qui reconnaît avoir payé des acomptes, avoue tacitement le fait du non-paiement de sa dette et ne peut plus invoquer la prescription (Baudry-Lacantinerie et Tissier *op. cit.*, n° 748, p. 488. Cass. 31 janv. 1894, Sirey 1896-1.-20. Note de Sirey sous Cass. 31 juillet 1899, Sirey 1899-1.-521).

Souvent encore, le débiteur, tout en opposant subsidiairement la prescription, invoque un mode de libération autre que le paiement en espèces, tel que la compensation, la remise de dette. Ce système de défense équivaut à un aveu de non paiement, et si la preuve de l'inexistence du mode de libération invoqué est faite, le moyen de prescription sera encore irrecevable. C'est ce qui a été jugé, alors que le débiteur invoquait une *remise de dette* (Cass. 25 févr. 1863, Sirey 1863-1-242 ; *Ibid.* 20 janvier 1869, Sirey 1869-1-104) ou une *compensation* (Cass. 31 oct. 1894, Sirey 1895-1-29).

C'est ainsi qu'en matière de prescription quinquennale, s'appliquant aux effets de commerce, la Cour de cassation (Requête, 30 juillet 1900, Dalloz 1900-1-559) a jugé que « lorsque le « débiteur poursuivi en payement du montant « d'effets de commerce, déclare qu'il ne doit ab- « solument rien au réclamant et que les sommes « qui lui sont demandées ont été payées par « d'autres valeurs ainsi qu'il en sera justifié, les « juges du fond peuvent, par appréciation d'une « pareille déclaration, décider que la remise de « valeurs, alléguée en pareils termes, exclut l'i- « dée d'un payement effectif et, par suite, dire « que le débiteur ayant par son allégation re- « connu n'avoir pas payé la dette litigieuse, « n'est pas recevable à invoquer la prescrip- « tion ». Supposons que le client d'un médecin allégue s'être libéré par des fournitures faites à ce dernier, allégation dont la fausseté peut être démontrée, par exemple en produisant soit une facture acquittée antérieure aux soins donnés, soit la preuve d'un paiement des fournitures en espèces ; le moyen de prescription s'écroulera de lui-même.

Il suffit même que les explications du défendeur soient embrouillées ou contradiotoires ou que des variations se soient produites dans son système de défense, au point de faire naître dans l'esprit du juge la conviction qu'il n'a pas payé pour que le moyen de prescription puisse être écarté (Tribunal de la Seine 24 décembre 1900. La *Loi*, 21 mars 1901. Tribunal de la Seine, 6 mars 1901. *Gazette des Tribunaux*, 4 juin 1901 ; Tribunal de Lyon, 9 novembre 1899. *Moniteur de Lyon*, 4 décembre 1899 ; Tribunal de paix de Paris, 22 novembre 1900 ; *Gazette des Tribu.*, 27 janvier 1901).

La conclusion pratique à tirer de ces divers documents de jurisprudence est que, spécialement devant les justices de paix, où les parties comparaissent souvent en personne — il faut provoquer des explications des débiteurs, au moment où ils laissent apparaître leur intention d'invoquer la prescription. Les juges de paix qui voudront bien user de leur droit de faire comparaître les parties en personne et de leur poser des questions, n'auront pas de peine, le plus souvent, à démasquer la mauvaise foi des plaideurs qui veulent se prévaloir de la prescription, tout en sachant bien qu'ils ne se sont pas libérés.

En seconde ligne, les médecins auxquels la

prescription est opposée, peuvent aux termes de l'art. 2.275 du Code civil, déférer le serment à leur débiteur « sur la question de savoir si la chose a été réellement payée ». — S'ils se trouvent en présence d'une veuve, d'héritiers ou de tuteurs de mineurs ou d'interdits, le serment peut être déféré à ces derniers « pour qu'ils aient à déclarer s'ils ne savent pas que la chose soit due ».

Le tribunal est tenu de faire procéder à la prestation de serment et ne peut pas, sans avoir accompli cette procédure préalable, admettre le moyen de prescription. Le refus de prêter le serment équivaut à un aveu de la dette et doit entraîner la condamnation.

« Le beau billet, s'écriera-t-on ! Un débiteur de mauvaise foi, qui ne craint pas d'avoir recours à la prescription, n'hésitera jamais à prêter un faux serment. » Ce sera vrai dans beaucoup de cas.

Cependant il peut arriver que l'obligation de comparaître à l'audience pour prêter serment mette dans une situation embarrassante les personnes qui ont cru qu'il suffisait, pour se tirer d'affaire, d'invoquer la prescription par l'organe d'un mandataire et qu'elle leur était acquise par le seul fait de l'expiration du délai, sans qu'il soit nécessaire d'affirmer avoir payé. Avant de comparaître à l'audience, en présence de leur créancier, il en est qui hésiteront à se parjurer. Parfois des défendeurs veulent prêter serment en faisant des réserves et en donnant des explications, ce que ne comporte nullement l'application de l'art. 2275. Il peut se faire que ces explications aboutissent à un aveu de non paiement. Dans ce cas, il y a lieu de demander acte de l'aveu, par des conclusions rédigées séance tenante, et de s'opposer à la prestation du serment.

La cérémonie du serment ne constitue pas d'ailleurs une formalité sans conséquence et sans danger pour ceux qui le prêtent au mépris de la vérité. L'art 366 du Code pénal, ainsi conçu : « Celui à qui le serment aura été déféré ou référé en matière civile, et qui aura fait un faux serment, sera puni d'un emprisonnement d'une année au moins et de cinq années au plus et d'une amende de 300 fr. à 3.000 fr. » et qui donne au tribunal correctionnel la faculté de priver le coupable de ses droits civiques, se dresse comme une menace pour le cas où serait produite ultérieurement la preuve que la créance était encore due au moment de la prestation du serment.

§ 2.

Une autre question se présente fréquemment en matière d'honoraires médicaux, c'est celle de savoir si la prescription commence à courir à partir de chaque visite où à partir de la fin de la maladie qui a amené l'intervention du médecin.

La doctrine et la jurisprudence sont fixées aujourd'hui et ont adopté la deuxième de ces solutions.

Il n'y a pas de difficultés, lorsque les visites médicales se rapportent à des états morbides, à des indispositions ou blessures légères, de nature différente, plus ou moins espacées et qui n'ont pas constitué une même maladie. Dans ce cas, comme dans celui où les visites faites dans la même maison se rapportent à des membres différents d'une même famille, la prescription court à partir de chaque visite ou de chaque petit groupe de visites.

Lorsque les soins se rapportent à une maladie ou à une opération, il est conforme à la raison et à la nature des choses d'envisager l'œuvre du médecin qui entreprend la guérison de son client, comme l'accomplissement d'un mandat, et de déterminer, comme pour le mandat ordinaire, la rémunération à laquelle a droit le médecin, après la mise à fin du mandat et d'après l'œuvre entreprise.

Il y a lieu toutefois de faire une distinction entre les maladies aiguës et les maladies chroniques.

Pour les maladies aiguës dont la durée est en général assez courte, la prescription ne commence à courir qu'à la fin de la maladie, soit par la guérison, soit par le décès.

La règle présente des difficultés d'application plus grandes pour les maladies chroniques. Il en existe qui durent toute la vie du patient, ou pendant une suite d'années, et qui présentent tantôt des périodes plus aiguës, tantôt des périodes de répit pendant lesquelles le médecin espace ses visites. Si l'on appliquait la règle que la prescription ne commence à courir qu'à la fin de la maladie, le lien qui rattache les visites les unes aux autres risquerait d'être trop étendu et dans ce cas, la créance entière du médecin pour un temps très prolongé échapperait à la prescription. Les inconvénients auxquels elle a eu pour but de parer se produiraient. Il est rare qu'au cours d'une maladie de cette nature, il n'intervienne pas, à certaines périodes, des règlements entre le médecin et son malade, et il est difficile d'exiger, dans ce cas, alors qu'on ne l'exige pas pour d'autres dettes assimilables, que le client soit obligé de conserver ou de retrouver après un certain délai la justification de sa libération.

Aussi dans le cas de maladie chronique, on estime généralement que la prescription court pour chaque période dans laquelle la maladie a pris un caractère particulier de gravité, à la fin de la cessation des soins du médecin.

Toutefois, la jurisprudence apporte à ces règles une restriction en décidant que, soit qu'il s'agisse de maladie aiguë ou de maladie chronique, s'il y a cessation des soins par le médecin pendant un intervalle assez long (par exemple, s'il y a eu changement de médecin par le malade pendant quelque temps dans le cours d'une maladie) c'est à la date de l'interruption que commence à courir la prescription.

La raison de cette restriction s'explique par les considérations suivantes que nous trouvons indiquées dans un arrêt de la Cour de Grenoble du 8 août 1900, résumé dans la *Gaz. com. de Lyon*, du 19 janvier 1901 : « La prescription de deux « ans édictée par le dernier alinéa de l'art. 2272. « Code civil, pour les honoraires de médecin, ne « commence à courir que du jour où la maladie « a pris fin par la guérison ou la mort du malade, « à moins qu'elle n'ait compris plusieurs pério- « des distinctes, entre lesquelles les soins médi- « caux ont cessé pendant un temps assez long « pour imposer au médecin le devoir de se faire « rémunérer et pour faire présumer la libéra- « tion du malade. » La même règle et la même restriction se trouvent admises dans les arrêts de Lyon du 15 novembre 1898. (Sirey 1899-2.-101.)

Chambéry, 28 février 1873, Sirey, 1873-2-298 ; Caen 21 avril 1868, Sirey, 1869-2-87. — *Adde* : Tribunal de la Seine, 15 janvier 1870, Sirey 72-2-24 ; tribunal de Toulouse 29 avril 1888 ; — Baudry-Lacantinerie et Tissier : *De la prescription*, 2e éd., n° 733 ; Roland : *Les médecins et la loi* du 30 nov. 1892, n° 180 ; — Pabon : *Exercice de la médecine*, nos 1884 et 185 ; — Lechopier et Floquet : *Droit médical*, t. I, p. 230 ; Floquet, *Code des hon. méd.*, t. I, p. 380.

Ajoutons que, lorsque le médecin a traité à forfait avec son client, le point de départ de la prescription court du jour où la créance est devenue exigible, c'est-à-dire à la fin de la maladie si le forfait a été fait pour une maladie déterminée, et à partir du commencement des deux dernières années, si le médecin a engagé ses services moyennant un traitement ou un forfait annuel.

§ 3

Nous allons examiner maintenant les conditions dans lesquelles la prescription peut se trouver interrompue. Notons tout d'abord que si le client a reconnu la dette, soit par un billet, soit dans un testament, soit même par une lettre qui contienne indication du chiffre de la dette, et forme titre par elle-même, la créance n'est plus prescriptible par deux ans, mais par trente ans. (Aubry et Rau : *Droit civil pratique français*, t. VIII, § 774 p. 446), car dans ces cas l'acte en question a opéré novation, en substituant à l'ancien titre de créance un titre nouveau, complet, et efficace par lui-même (Aubry et Rau : *Droit civil pratique français*, t. VIII, § 774 p. 446 et t. II, § 215, p. 365 et jurisprudence citée dans la note 78 du § 714 et 79 du § 215 (Trib. civ. de Lyon, 10 juin 1896, *Mon. de Lyon*, 3 nov. 97).

En dehors d'une semblable reconnaissance de dette, il existe des actes qui sont simplement interruptifs de prescription. L'effet de ces actes n'est pas de prolonger pour l'avenir le laps de temps au bout duquel elle s'accomplit, mais de permettre à une prescription nouvelle de recommencer à l'instant. Aussi, si, en matière d'honoraires médicaux, un acte interruptif intervient avant l'expiration du délai de deux ans, un nouveau délai de deux ans court à partir de cet acte, et d'autres actes interruptifs peuvent intervenir faisant courir à nouveau le délai.

Les actes qui interrompent la prescription sont, en premier lieu, aux termes des articles 2244 et 2245, des actes juridiques d'interpellation adressés au débiteur, à savoir les citations en justice ou en conciliation, les commandements et les saisies. Les citations en conciliation ne sont interruptives de prescription que si elles sont suivies d'une assignation en justice donnée dans les délais de droit, lesquels sont d'un mois aux termes de l'art. 57 du Code de procédure.

Ainsi ni l'envoi de lettres recommandées, ni même les actes extrajudiciaires (significations, sommations, interpellations) autres que ceux ci-dessus n'interrompent la prescription.

Indépendamment des actes d'interpellation, au moyen desquels le créancier interrompt par son fait le cours de la prescription, la loi considère encore, comme opérant interruption, la reconnaissance que le débiteur fait du droit de celui contre lequel il prescrit (art. 2248). La reconnaissance à l'effet d'interrompre la prescription peut être expresse ou tacite. La reconnaissance expresse peut se trouver dans une simple lettre missive, ou même être purement verbale. Il y a lieu de considérer comme efficace toute lettre dans laquelle le débiteur reconnaît le principe de la créance, et avoue l'existence du droit du créancier. Si une telle lettre contenait reconnaissance non seulement du droit, mais encore de la somme due, elle n'interromprait pas seulement la prescription, mais elle constituerait un titre complet, formant novation, et prescriptible seulement par trente ans. Mais il peut arriver qu'après avoir reçu la note du médecin, le client accuse réception de cet envoi, et « promette de s'en occuper plus tard ». Cette lettre constituera une reconnaissance interruptive de prescription (Cass. Req., II, mai 1842. — Dalloz, *Jur. Gén.* Prescription 573).

Une lettre demandant des délais pour payer, ou une lettre déclarant que le débiteur passera chez le créancier pour prendre un arrangement, constituent également des actes interruptifs (Trib. civil de la Seine, 7 juillet 1893, *Le Droit*, 12 juillet 1893 ; Paris, 29 déc. 96, *Le Droit*, 14 février 1897 ; Trib. civ. Seine, 17 mars 96, *Le Droit*, 11 juin 98 ; Paris, 14 juin 1899. Sirey, 1900-2-15 ; Trib. civ. Lyon, 3 nov. 1900, *Mon. Lyon.*, 7 déc. 1900 ; Trib. civ. Seine, 27 nov. 1900 ; *Le Droit*, 23 janvier 1901.

Le paiement d'un ou de plusieurs acomptes renferme une reconnaissance implicite de la dette et est à ce titre interruptif de prescription. Cass. Civ. 31 janv. 94, Sirey 1896-1-20 ; Trib. civ. Lyon, 19 nov. 1884, *Gaz. du Pal.* 1884, 1 supp. 15 ; Paris 18 déc. 1899, *Le Droit*, 25 fév. 1900.

La preuve du versement d'acompte pourra être souvent difficile à administrer. Le fait du paiement partiel pourra être établi soit par l'aveu du défendeur, soit par des lettres missives, soit même par témoins ou par présomption, lorsque la somme sera inférieure à 150 fr. S'il y a un commencement de preuve par écrit, c'est-à-dire un écrit émané du débiteur, rendant vraisemblable le fait allégué, la preuve pourra être faite par témoins même au-dessus de 150 fr.

Les livres des médecins, notamment les carnets à souche reproduisant au talon la teneur des reçus donnés, constituent des présomptions très fortes. On pourra recourir encore à la comparution des parties ou à un interrogatoire sur faits et articles, auquel il est procédé par un juge que le tribunal commet pour poser les questions indiquées dans la demande tendant à obtenir cette mesure d'instruction. Il est dressé un procès-verbal des réponses et l'on revient discuter à l'audience sur ce procès-verbal comme après une enquête.

Telles sont les indications qu'il nous paraît utile pour les médecins de retenir sur la matière de la prescription. Le reste se trouve dans les livres de droit et les recueils de jurisprudence.

Georges GATINEAU.
Avocat à la Cour de Paris.
Conseil du « Sou médical ».

L'application de la loi accidents.

Des syndicats médicaux et des confrères isolés nous ont écrit : « Essayez de fixer dans un texte ce que nous devons faire savoir aux ouvriers pour les éclairer sur la loi-accidents, notamment, en ce qui

concerne leurs rapports avec nous. Il nous serait alors facile d'obtenir l'affichage de ce texte dans les locaux où se réunissent les ouvriers et son insertion dans les journaux qu'ils lisent. Cela dissiperait bien des malentendus, et on démolirait ainsi des légendes intéressées qui nuisent beaucoup à l'application loyale et sincère d'une loi vraiment humanitaire. »

Dans l'état actuel des choses, c'est-à-dire tant que les Chambres n'auront pas rédigé l'article 4 dans les termes précis que nous leur soumettons par la Commission du Sénat, nous ne pouvons pas être aussi affirmatifs qu'il nous plairait sur certains points. Nous nous baserons donc seulement sur les données qui résultent du texte de la loi, des discussions du Parlement et des tendances de la jurisprudence la plus éclairée.

Et nous proposons la rédaction suivante pour le document de modèle uniforme qui nous est demandé.

RAPPORTS DES MÉDECINS ET DES VICTIMES DU TRAVAIL D'APRÈS LA LOI SUR LES ACCIDENTS.

L'ouvrier est absolument libre du choix de son médecin au moment de l'accident ou en cours de traitement.

Ni le chef d'entreprise, ni la compagnie d'assurances, ne peuvent lui imposer le médecin de leur choix, pour les soins dont il a besoin.

Le blessé peut se prêter aux constatations de ce délégué s'il se présente accompagné du médecin traitant et y procède avec l'assentiment de celui-ci.

La note d'honoraires qui sera remise au blessé après traitement, par le médecin qu'il aura choisi, se montera au même chiffre que si elle émanait du médecin choisi par le chef d'entreprise, car le tarif d'assistance chirurgicale des départements est précisément le tarif appliqué aux Sociétés de secours mutuels, aux Sociétés d'assurances, aux patrons pour leurs employés, aux ouvriers eux-mêmes s'ils n'étaient couverts par aucun responsable. C'est le *tarif ouvrier*.

La victime n'a pas à se formaliser d'être poursuivie devant le juge de paix pour payement de cette note, dans le cas où le chef d'entreprise et la compagnie d'assurances refuseraient de l'acquitter. Il lui suffit, dans ce cas, de faire assigner en même temps qu'elle, comme responsable, son chef d'entreprise : et elle n'a pas de frais à prévoir de ce fait, puisqu'elle jouit de l'assistance judiciaire.

Il n'est pas douteux que le juge de paix, jugeant en dernier ressort *entre le blessé et le chef d'entreprise* quel que soit le montant de la note d'honoraires, ne condamne celui-ci à en rembourser le montant total, quand il n'y aura pas eu de dépenses abusives par recours *inutile* à une célébrité chirurgicale ou à un médecin trop éloigné, seuls cas qu'ait prévu le deuxième paragraphe de l'article 4, au dire unanime des députés et sénateurs. Le législateur n'a voulu qu'empêcher un abus ; il n'a entendu ni limiter la liberté de la victime, ni abaisser l'ouvrier au rang d'indigent : la plupart des magistrats, quand ils sont renseignés sur ce point autrement que par les compagnies d'assurances, jugent suivant l'esprit de la loi parce qu'ils savent en interpréter la lettre.

La victime doit toujours s'assurer que la déclaration à la mairie, accompagnée du certificat médical, a été faite au plus tard le cinquième jour après l'accident. Elle peut faire faire elle-même cette déclaration dans le cas où le chef d'entreprise s'en serait abstenu.

Dans le cas où un médecin expert est désigné par le juge de paix, l'ouvrier doit se soumettre à ses constatations dans les mêmes conditions que nous l'avons dit pour le médecin délégué de la Compagnie d'assurances ou du chef d'entreprise, c'est-à-dire avec la présence ou l'assentiment du médecin traitant.

La victime qui refuserait d'accepter une intervention chirurgicale ou un traitement capables de diminuer son incapacité de travail, s'expose à voir réduire l'indemnité au chiffre correspondant à l'incapacité réduite que pouvait faire espérer ce traitement.

L'ouvrier qui entre à l'hôpital sur avis formel du médecin n'a pas à craindre de perdre son indemnité journalière : elle lui sera toujours payée, si le juge est saisi d'une contestation sur ce point, car les Chambres sont d'accord pour l'avoir ainsi voulu.

Si le blessé fait partie d'une Société de secours mutuels, les frais médicaux ne peuvent être mis à la charge de celle-ci que pour un traitement qui n'excèderait pas une durée de trois mois, et encore à condition 1° que cette Société déclare par ses statuts accepter cette charge ; 2° que le chef d'entreprise y paye au moins le quart de la cotisation de son ouvrier ; 3° que si l'indemnité journalière servie statutairement par la Société est inférieure à la moitié du salaire quotidien du blessé, le chef d'entreprise verse la différence. Ses honoraires sont d'ailleurs les mêmes que dans les autres cas.

L'ouvrier doit se souvenir que s'il a intentionnellement provoqué l'accident, il n'aura droit à aucune indemnité, et que celle-ci peut être diminuée par le tribunal s'il y a eu faute inexcusable du blessé, ou refus de soins.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire est acquis au blessé et à ses ayants droit, même pour toutes contestations incidentes à l'exécution des décisions judiciaires.

La créance de la victime pour frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, et pour indemnités d'incapacité temporaire, est couverte par le privilège et inscrite au n° 6 de l'article 2.101 du Code civil.

Pour l'incapacité permanente ou la mort, elle est garantie par la Caisse nationale des retraites.

Le Comité du « Sou médical. »

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouveau procédé de désinfection.

M. le Dr Rappin, de Nantes, a fait de nombreuses recherches sur un nouveau procédé de désinfection étudié par M. le Professeur A. Gautier.

Ce nouveau procédé consiste dans la production de formaldéhyde à l'état de vapeurs, mises en liberté par la volatilisation du trioxyméthylène.

Pour produire ce résultat, cette substance est enfermée dans une sorte de cartouche plus ou moins volumineuse, composée de deux enveloppes, l'une extérieure formée d'une substance facile à enflammer, l'autre intérieure, métallique et contenant le trioxyméthylène.

Lorsque l'on enflamme l'enveloppe extérieure, celle-ci en brûlant élève la température de l'enveloppe métallique à un degré suffisant pour amener la volatilisation du composé qui doit donner naissance aux vapeurs du formol.

L'appareil qui sert à l'application de ce procédé s'appelle le fumigator.

M. Rappin affirme que cet appareil « s'est montré très efficace et que lorsqu'il a échoué, c'est qu'on s'adressait à des germes de vitalité peu ordinaire, et placés dans des conditions où l'on n'est guère susceptible de les rencontrer dans le cours ordinaire des choses (culture en bouillon, sur géloses, etc.).

« Dans les poussières même tamisées et disposées sur une épaisseur relativement assez grande (3 millimètres), le seul germe qui ait résisté est le *bacillus subtilis* dont les spores, comme celles de quelques autres espèces, possèdent une résistance toute particulière.

« Enfin, l'un des résultats qui nous a le plus frappé, et que nous désirions voir se confirmer par de nouvelles expériences, est celui qui se rapporte à la destruction du bacille de la tuberculose dans des couches de crachats suffisamment épaisses pour se rapprocher de ce qu'on observe ordinairement.

« La démonstration de cette désinfection spéciale et si intéressante, nous a été fournie dans une seule observation, il est vrai, mais très nettement, par l'état de deux cobayes inoculés avec les crachats tuberculeux après traitement par les vapeurs : après deux mois de mise en expérience, ces deux cobayes étaient demeurés entièrement indemnes. C'est là un fait très important et qu'il convient de signaler.

« Pour ces raisons, nous estimons que le fumigator constitue un progrès très intéressant, puisqu'en conservant le bénéfice du principe de la désinfection par l'aldéhyde formique, il en augmente peut-être l'activité et, dans tous les cas, présente son application sous une forme très ingénieuse et très pratique ».

Les injections d'oxygène contre les furoncles et les antrax.

M. Thiriar, de Bruxelles, en présence des beaux résultats fournis par l'eau oxygénée contre les gangrènes et les infections des plaies, a eu l'idée d'employer en injections hypodermiques l'oxygène lui-même ; la chose est facile avec les appareils qu'on trouve dans le commerce et qui contiennent l'oxygène sous une pression de 50 à 120 atmosphères. M. Thiriar a soigné ainsi avec succès un certain nombre de malades atteints de furoncles et d'anthrax. Il adapte un tube de caoutchouc très fort sur l'orifice de sortie du récipient, et, à l'extrémité de ce tube, il adapte l'aiguille d'une seringue de Pravaz. Il règle ensuite le débit, en observant les bulles que forme le gaz qu'on fait échapper dans un verre rempli d'eau ; il appuie l'aiguille sur le point saillant, ou à la base du furoncle ; après avoir injecté quelques c. cubes d'oxygène, on obtient la régression de la petite tumeur ; si le furoncle est volumineux, ou s'il s'agit d'un anthrax, il pratique un plus grand nombre d'injections (4 à 6), de manière à circonscrire la base.

Les injections doivent toujours être faites très lentement ; elles sont quelquefois douloureuses, mais bientôt la douleur disparaît.

Si l'anthrax est volumineux, la médication est moins simple ; il faut toujours pénétrer profondément dans et sous la tumeur ; s'il y a des pertuis dans les parties sphacélées, il faut injecter l'oxygène dans les coins et recoins de l'anthrax.

Le plus souvent trois ou quatre injections, répétées à un ou deux jours d'intervalle, suffisent pour assurer la guérison.

L'oxycyanure de mercure dans les affections uréthrales.

M. le Dr Henri Compain a consacré sa thèse à l'étude de la thérapeutique antiseptique uréthrale par l'oxycyanure de mercure et il déclare en avoir obtenu les meilleurs résultats.

« Ce puissant antiseptique, dit-il, est très stable et très peu irritant : il n'attaque ni les instruments métalliques, ni les sondes et bougies en gomme ou en caoutchouc, et les maintient à l'état aseptique d'une façon aussi parfaite que le sublimé, sans avoir les inconvénients de ce sel. Beaucoup moins toxique qu'on ne le pensait autrefois, il se combine cependant avec la plus grande facilité aux autres sels. Aussi, devra-t-on toujours l'employer seul. Employé en grands lavages dans le traitement des uréthrites à gonocoques, aux titres de 1/4000e à 1/1.000e, il donne d'aussi bons et d'aussi rapides résultats que les solutions de permanganate de même titre, sur lesquelles il a encore l'avantage d'être mieux toléré. Il peut être encore employé avec succès contre les uréthrites non gonococciennes, mais, de préférence, à des doses plus faibles (1/4.000e, 1/3.000e). Cependant, nous pensons que le rôle principal est, dans ces affections, réservé au nitrate d'argent. Chez les rétrécis non infectés, l'oxycyanure de mercure procure au chirurgien qui pratique la dilatation une antisepsie infiniment plus rigoureuse que les solutions boriquées. Il sera employé de préférence au titre de 1/4000e. Chez les rétrécis infectés, son emploi ne sera indiqué qu'après avoir obtenu, par le nitrate d'argent, la limpidité des urines et la disparition de l'écoulement. »

L'action antitoxique de l'alcool dans la tuberculose.

C'est bien, comme toujours, le cas de dire : « L'excès en tout est un défaut. » Après avoir prôné les vins, élixirs, teintures, comme cordiaux et toniques, de nombreux médecins voudraient aujourd'hui que tout le monde se mette à l'eau ; il en est de l'alcool, comme de la saignée, comme de bien d'autres choses : « Usons, mais n'abusons pas. »

Un élève de M. Maragliano, de Gênes, M. le Dr Mircoli, vient de publier dans le *Munch. Med. Wochenschr*, (analysé par la *Trib. Méd.*), un travail très documenté sur l'action antitoxique de l'alcool dans la tuberculose :

D'après l'auteur, l'alcool, loin d'être nuisible, serait même utile aux tuberculeux et s'opposerait au développement de la tuberculose chez les individus indemnes.

Les expériences sur lesquelles l'auteur s'appuie pour soutenir cette opinion ont consisté à

étudier la quantité de sérum nécessaire pour neutraliser *in vitro* la dose minima mortelle (pour le cobaye), de tuberculine de Maragliano, laquelle tuberculine, comme on sait, est un extrait aqueux de cultures tuberculeuses. Or, en étudiant comparativement le sérum des individus bien portants et le sérum des alcooliques, l'auteur a trouvé que le pouvoir antitoxique du sérum des alcooliques envers la tuberculine de Maragliano est bien plus élevé que celui des individus bien portants. En outre, l'injection de sérum antituberculeux de Maragliano amène une augmentation du pouvoir antitoxique du sérum, augmentation qui est bien plus accentuée chez les alcooliques que chez les non-alcooliques. Toutefois, le pouvoir antitoxique du sérum n'est accentué que chez les alcooliques modérés, c'est-à-dire chez les alcooliques qui ne présentent pas encore de lésions organiques du système nerveux central ou périphérique.

A l'appui de ces données, montrant, suivant l'auteur, les effets prophylactiques et curatifs de l'alcool dans la tuberculose, M. Mircoli cite encore ce fait que, parmi les ouvriers du port de Gênes ne buvant pas moins de trois litres de vin par jour, la tuberculose n'est pas plus fréquente que dans les autres professions.

Comme conclusion pratique, M. Mircoli, d'accord en cela avec le professeur Maragliano, conseille l'emploi modéré de l'alcool dans le traitement de la tuberculose, emploi qui doit amener une augmentation du pouvoir antitoxique du sang de ces malades.

Les anthelminthiques.

M. le Prof. *Pouchet* a fait récemment une revue fort intéressante des anthelminthiques et de leur valeur respective, que publie le *Journal de Méd. int.*

La *grande absinthe*, dit-il, sert d'anthelminthique ; les sommités fleuries entrent dans la composition de lavements contre les oxyures.

Le *thymol*, à la dose de 4 grammes en lavement, réussit également bien dans le même but. La *tanaisie* est également un bon vermifuge ; on en fait des lavements, à la dose de 20 grammes. Remarquons que ces substances sont des vermifuges et non des tænifuges, non plus que les suivantes.

Le *semen-contra*, qui est constitué par certaines armoises, renferme comme principe actif la santonine. On donne chez l'enfant 5 à 6 grammes de semen-contra dans de la confiture ou du miel, ou dans du sirop, en plusieurs fois, une cuillerée à café le matin et une le soir ; on cesse quand les vers sont expulsés : un purgatif, le calomel de préférence, suivra l'administration de la poudre de semen-contra.

Le principe actif, la *santonine*, même à doses réputées faibles, peut donner des accidents dont les principaux sont la xanthopsie, de la diplopie, des vertiges, des bourdonnements d'oreille. La santonine n'ayant pas d'autres effets thérapeutiques que le semen-contra et étant, au contraire, plus dangereuse, M. Pouchet s'élève absolument contre l'emploi de la santonine qui, selon lui, « devrait être rayée de la thérapeutique courante ».

La *noix d'arec*, jusqu'ici employée seulement en médecine vétérinaire, n'a presque pas de toxicité et son absence de saveur lui permet d'être facilement administrée aux enfants. Le meilleur mode d'emploi est la poudre récemment préparée à la dose de 4 grammes.

La *mousse de Corse*, composée d'un mélange d'algues, est un vermifuge passable quand on n'en a pas d'autre sous la main ; on l'administre facilement, en la faisant infuser à la dose de 5 à 10 grammes dans du lait bouillant (100 grammes) qu'on passe et édulcore de 20 grammes de sirop de sucre.

Passons aux tænifuges (les substances précédentes n'étant que des vermifuges).

Les *graines de courge* sont un bon tænifuge ; on les emploie émondées et fraîches, à dose de 50 à 60 grammes, mêlées à du sucre et du citron pour aromatiser.

L'écorce de racine de grenadier se donne en faisant macérer 60 grammes dans un litre d'eau pendant 24 heures ; puis on fait réduire le liquide à 250 à 300 grammes ; on avale cette dose en deux ou trois fois dans la journée. Au préalable, on met le malade au régime lacté intégral, et on lui recommande également de prendre de l'ail, ce qui favorise l'expulsion du tænia. Après avoir pris le liquide tænifuge, on prend (trois ou quatre heures après) un nouveau purgatif ; l'effet se produirait immanquablement.

La *pelletiérine*, substance active de l'écorce de grenadier, n'a aucune raison d'être préférée à l'écorce elle-même.

Le malade qui absorbe de la poudre de racicine de grenadier éprouve fréquemment, trois ou quatre heures après l'ingestion de la boisson, des vertiges, des crampes dans les mollets, de l'obnubilation ; le mieux est de rester couché durant ce temps.

Le meilleur tænifuge est le *rhizome de fougère mâle*, qu'on peut employer selon cette formule :

Extrait éthéré de fougère mâle.	8	grammes.
Poudre de fougère mâle..........	6	—
Calomel..........................	1	—

On fait 20 bols ; le malade en prend un toutes les dix minutes, jusqu'à 10 ; puis de demi-heure en demi-heure jusqu'à effet purgatif. Le malade a été, au préalable, purgé la veille, et mis, depuis 24 heures, au régime lacté ; pour éviter l'absorption du principe actif (filicine) très toxique, s'abstenir de tout purgatif huileux.

Le *kousso*, bon tænifuge, mais inférieur aux deux précédents, se donne à la dose de 15 à 20 grammes, avec du miel ou de la confiture.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

S. Baudry, professeur à la Faculté de Lille.

Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée.

Leçon recueillie par M. Maguin, externe du service et revue par le professeur.

Messieurs,

J'ai appelé votre attention, dans une précédente leçon, sur l'utilité de l'examen bactériologique de l'ulcère au point de vue du diagnostic et des indications qui peuvent en découler. Il est certain que nous ne serons bien fixés sur la valeur thérapeutique de la galvano-cautérisation, des injections sous-conjonctivales, de la paracen-

tèse dans le traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée que lorsque nous aurons en regard de chaque cas observé un examen bactériologique précis.

Pour certains chirurgiens, nous l'avons dit, la présence du pneumocoque, par exemple, dans une ulcération au début, commande la cautérisation immédiate, énergique, au galvanocautère, tandis que cette même intervention est contre-indiquée lorsqu'on ne trouve que le streptocoque.

Pouvons-nous, en l'état actuel de nos connaissances, nous laisser guider exclusivement par cet examen microscopique pour intervenir d'une façon ou d'une autre ? Je ne le pense pas. Il serait, certes, de la plus grande importance de connaître la nature de l'infection, le degré de virulence de tel ou tel microbe pathogène trouvé dans l'exsudat d'une ulcération cornéenne, mais nous ne pouvons, jusqu'à présent, affirmer d'une manière absolue ce degré de virulence.

L'observation ne nous a-t-elle pas démontré, par exemple, qu'une conjonctivite pseudo-membraneuse, à évolution bénigne, peut fournir des cultures de bacilles très virulents. Il en est de même de certaines kératites infectieuses.

En attendant que ce desideratum soit atteint, c'est-à-dire que l'examen microscopique puisse nous indiquer sûrement que l'évolution de l'ulcère sera bénigne ou maligne et que telle ou telle méthode de traitement est préférable, nous devons mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques dont la saine observation clinique et l'expérience des uns et des autres ont démontré l'efficacité.

1° L'ulcère serpigineux de la cornée, en raison de sa marche rapidement envahissante et destructive, réclame une intervention énergique.

2° Une médication judicieuse et instituée à temps vous permettra, dans la majorité des cas, d'arrêter les progrès de l'affection et d'éviter la perte absolue de la vision de l'organe intéressé.

3° L'indication capitale est de supprimer la cause qui a produit l'ulcère, de détruire sur place l'agent infectieux et de désinfecter le foyer microbien.

Telles sont les considérations qui découlent des notions pathogéniques actuelles et qui dominent la thérapeutique de l'ulcère serpigineux de la cornée.

Le choix des moyens médicaux et chirurgicaux auxquels vous aurez recours variera suivant la période à laquelle vous observerez l'*ulcère rampant.*

I

A) *L'ulcère est récent et peu étendu ; les phénomènes inflammatoires sont modérés ; iritis au début ; hypopion peu abondant.*

Vous commencerez par désinfecter le pourtour orbitaire, savonnage des sourcils, de la peau des cils, puis, le sac conjonctival et les voies lacrymo-nasales, à l'aide de grands lavages et d'injections au cyanure d'hydrargyre à 1/2000, beaucoup moins douloureux, moins caustique et tout aussi antiseptique que le sublimé.

Les voies lacrymales seront canalisées, s'il y a lieu. Si vous ne pouvez réaliser suffisamment la désinfection du sac lacrymal atteint de dacryocystite chronique, il faut l'ouvrir par sa face antérieure et bourrer la cavité de gaze iodoformée.

Le bord ciliaire, en cas de blépharite, sera détergé et antiseptisé ; l'ectropion, le trichiasis, la conjonctivite, les rhinites, l'ozène, toutes les lésions du voisinage, en un mot, seront traitées rigoureusement.

En même temps, je vous recommande l'attouchement de l'ulcère au *bleu* ou au *violet de méthyle*, en solution concentrée, ou mieux à la *teinture d'iode*. Ce dernier médicament, préconisé surtout par CHIBRET, m'a donné, en mainte occasion et tout récemment encore, d'excellents résultats.

D'autres praticiens préfèrent l'imprégnation de la surface de l'ulcère au moyen de l'instillation, très souvent répétée, d'un collyre au nitrate d'argent, au sublimé ou au cyanure d'hydrargyre, suivant les formules suivantes :

1°	Nitrate d'argent.........	0 gr. 03 cgr.
	Eau stérilisée............	10 gr.
2°	Bichlorure ou cyanure d'hydrargyre..........	0 gr. 01 cgr.
	Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 10 cgr.
	Eau stérilisée...........	10 gr.

Comme les moyens thérapeutiques précédents ne peuvent atteindre les parties profondes du globe, vous n'hésiterez pas, en cas d'iritis, à injecter sous la conjonctive un quart de seringue de PRAVAZ, de la solution suivante stérilisée et chauffée à 35 degrés environ :

Cyanure d'hydrargyre...	0 gr. 01 cgr.
Chlorure de sodium.....	1 gr.
Eau stérilisée............	50 gr.

La technique de cette injection est des plus simples. Recommandant au malade de regarder fortement en dedans et repoussant en haut et en arrière la paupière supérieure avec le pouce gauche, vous introduirez l'aiguille fine en platine iridié, préalablement flambée, au niveau du cul-de-sac supérieur, sous la conjonctive, superficiellement et tangentiellement à la surface de l'œil. L'injection sera répétée, au besoin, plusieurs fois de suite.

Ces injections, *très efficaces* pour désinfecter interstitiellement la cornée par les voies lymphatiques du voisinage, en même temps que les milieux oculaires plus profonds, n'ont que l'inconvénient d'être assez douloureuses et de provoquer un chémosis artificiel ; mais ces symptômes disparaissent rapidement sous le bandeau.

L'application d'un pansement occlusif, antiseptique, protecteur, est indiqué, à moins qu'il n'y ait une abondante hypersécrétion de la conjonctive ou une dacryocystite.

Le pansement ne doit exercer aucune pression sur le globe oculaire, tout en le mettant à l'abri des irritations diverses. Il consiste dans deux ou trois rondelles de gaze stérilisée, recouverte d'un tampon de ouate et fixées par une bande de tissu crêpé ou de tarlatane mouillée.

La gaze iodoformée ou salolée est plus irritante.

On instillera, 4 ou 5 fois par jour, 2 ou 3 gouttes du collyre suivant, au sulfate neutre d'atropine, de façon à dilater rapidement la pupille et à empêcher les adhérences :

Sulfate neutre d'atropine..	0 gr. 05 centigr.
Eau stérilisée.............	10 grammes.

Dans les cas douloureux, je me suis bien trouvé de l'insufflation de poudre d'iodoforme, de xéroforme (composé d'iode et de bismuth), ou mieux d'orthoforme, qui est inodore et dont l'action analgésique est plus prononcée.

Si l'on donnait la préférence à la glycérine phéniquée, à la pommade à l'iodoforme ou à la dionine, on introduirait, 3 fois par jour, entre les paupières, avant l'application du pansement protecteur, gros comme un grain de blé de l'une des trois préparations suivantes :

1° Vaseline.............	10 grammes.
Iodoforme porphyrisé..	1 gramme.
2° Glycérine............	10 grammes.
Acide phénique.......	0 gr. 50 centigr.
3° Vaseline liquide.......	15 grammes.
Dionine porphyrisée..	0 gr. 15 centigr.

Avant chaque pansement, on fera la chasse des germes infectants du cul-de-sac conjonctival, avec l'appareil laveur (bock peu élevé, muni d'une canule de verre à extrémité aplatie) et une solution chaude antiseptique.

Les douches chaudes, les compresses chaudes recouvertes d'un taffetas gommé, agissent à la façon d'un cataplasme calmant et constituent un adjuvant réellement efficace.

Contre les symptômes douloureux, vous prescrirez l'antipyrine, la phénacétine, le sulfonal en cachets de 50 centigrammes, le chloral, etc., et, en cas d'insuccès, vous aurez recours aux injections de morphine.

On ne négligera pas de traiter l'état général, qui est un facteur important de la marche de la maladie. L'administration des toniques, et principalement du sulfate de quinine, est très souvent indiquée.

Enfin, les purgatifs salins, le calomel, comme antiseptique intestinal, trouvent aussi leurs indications.

On a, depuis longtemps et avec raison, renoncé à l'ancienne thérapeutique des révulsifs, par l'application à la région temporale, de sangsues, de ventouses Heurteloup, de mouches volantes, etc., etc.

II

B) *Le processus destructeur fait de rapides progrès : l'hypopion, très abondant, occupe plus du tiers de la chambre antérieure ; le tonus de l'œil est très augmenté.*

Le traitement chirurgical doit être appliqué sans retard.

Le traitement chirurgical consiste dans le *curettage* ou *grattage* de l'ulcère, la *cautérisation* de celui-ci au *galvano-cautère* et la *paracentèse* de la chambre antérieure.

Le but des deux premières interventions est la destruction aussi complète que possible, du tissu morbide. Afin de mieux délimiter l'étendue du tissu cornéen infecté, quelques auteurs conseillent, avant d'intervenir, d'imprégner la surface de l'ulcère au moyen de la fluorescine, du bleu ou du violet de méthyle.

Le *grattage* de l'ulcère avec une petite curette tranchante est généralement combiné avec l'un des pansements antiseptiques modificateurs précédemment énumérés. Vous prendrez bien garde, dans cette intervention, de produire accidentellement une éraflure de l'épithélium du tissu sain, afin de ne pas ouvrir une nouvelle voie aux germes infectieux.

La *cautérisation ignée* est le traitement par excellence, lorsqu'on a affaire à un ulcère serpigineux grave. Indolente sur des yeux cocaïnisés, elle nécessite l'administration préalable du chloroforme chez les enfants.

Son action est des plus énergiques, et l'on parvient ainsi à enrayer rapidement les progrès de l'ulcère envahissant ; en même temps, les douleurs se calment et les autres symptômes s'amendent.

L'instrument qui convient le mieux est la pointe du galvano-cautère au rouge sombre, que l'on promène largement, mais avec prudence, sur le fond et le pourtour de l'ulcération, en comprenant quelque peu les parties saines. A son défaut, on utilise une aiguille à tricoter ou le crochet à strabisme, que l'on chauffe dans la flamme de la lampe à alcool.

Il est préférable, pour ne pas amener une perforation immédiate et un leucome adhérent consécutif, de ménager le fond de l'ulcère, que quelques chirurgiens (Gayet, Dujardin, Terson, etc.) conseillent, au contraire, de ponctionner délibérément avec la pointe du galvano-cautère. Cette fistulisation ignée permet à l'hypopion de se vider et préserve l'œil d'un staphylome total ou de la panophtalmie.

Si, les jours suivants, l'ulcère et l'hypopion n'ont aucune tendance à diminuer, il faut ouvrir largement la chambre antérieure, en faisant une *paracentèse* à la partie inférieure du limbe, à l'aide de l'aiguille triangulaire à arrêt de De Wecker.

A la rigueur, on peut exécuter l'opération en se plaçant derrière le malade assis. La tête de ce dernier s'appuyant sur la poitrine de l'opérateur, on écarte les paupières avec l'index et le médius gauches ; mais il est préférable de faire coucher le malade et de se servir du blépharostat.

La pince à fixation saisissant la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival au point diamétralement opposé à l'emplacement de la ponction. on introduit obliquement l'aiguille à arrêt dans la région scléro-cornéenne inférieure, exactement à la limite de la cornée ; puis quand la pointe pénètre dans la chambre antérieure, on abaisse le manche de l'instrument, et on enfonce la lame parallèlement au plan antérieur de l'iris, jusqu'à son arrêt. L'instrument est retiré doucement, afin d'éviter la sortie brusque de l'humeur aqueuse, la pointe restant en contact avec la face postérieure de la cornée, pour ne piquer ni l'iris, ni le cristallin. A l'aide d'un stylet, d'une petite spatule ou de la curette de Daviel, on déprime ensuite la lèvre scléroticale de la plaie, de manière à évacuer l'humeur aqueuse et l'hypopion. On lave la chambre antérieure à l'eau boriquée stérilisée. La partie de l'hypopion qui ne sort pas à la suite de cette irrigation, retenue par des adhérences fibrineuses à la face antérieure de l'iris ou postérieure de la cornée, est enlevée avec la pince à caillots. On rouvrira la plaie les jours suivants, s'il est nécessaire.

On peut aussi pratiquer la *paracentèse* de la cornée avec le couteau à cataracte, de la façon suivante : ponctionner la cornée au niveau du limbe, passer devant l'iris et ressortir par contre-

ponction de la cornée, de manière à sectionner lentement un pont de tissu cornéen de plusieurs millimètres.

Si l'iris vient s'interposer dans la plaie, on le refoule avec le stylet ou la petite spatule, et on exerce de légères frictions sur le globe à travers la paupière. En cas d'échec, saisir la hernie irienne avec la petite pince droite à iridectomie et l'exciser. On ne peut nier que l'iridectomie, conseillée par De Graefe dans tous les cas indistinctement, a l'avantage de faciliter l'issue du pus accumulé en arrière du diaphragme, mais cette section de l'iris en pleine purulence ne peut donner que des résultats médiocres.

Cette opération, suivie, comme la cautérisation ignée, d'une détente rapide de tous les symptômes, est préférée par certains auteurs à l'*incision* ou *transfixion* de l'ulcère à hypopion, à l'aide du couteau de De Graefe, qui expose au prolapsus étendu de l'iris et à une évacuation incomplète du pus contenu dans la chambre antérieure.

L'opération de Saemisch se pratique de la façon suivante : Le blépharostat étant placé et le globe maintenu au moyen de la pince à fixation, on enfonce le couteau de De Graefe, le tranchant dirigé en avant, dans la partie saine de la cornée, un peu en dehors du bord externe de l'ulcère. On pousse horizontalement le couteau dans la chambre antérieure, et, lorsque la pointe dépasse la zone d'infiltration, on sort à un millimètre en dedans du bord interne de l'ulcère, puis on divise celui-ci d'arrière en avant dans son milieu. L'incision, horizontale, doit passer par les points de la cornée les plus infiltrés. Il faut éviter de blesser le cristallin et achever très lentement la section, afin que la chambre antérieure ne se vide pas trop brusquement. La section terminée, on extrait le pus concret avec une pince fine ou une petite érigne ; d'ordinaire, le contenu purulent sort facilement, si l'on déprime l'une des lèvres de l'incision à l'aide de la petite spatule.

Suivant que l'ulcère est périphérique ou central, on instille le collyre au sulfate neutre d'atropine ou d'ésérine. Pansement antiseptique et bandeau occlusif.

Il est indispensable de rouvrir chaque jour l'incision à l'aide de la curette de Daviel ou de la spatule.

Le traitement des complications de l'ulcère serpigineux de la cornée (opacités, leucome adhérent, staphylome total ou partiel) est essentiellement chirurgical ; je l'exposerai dans une autre leçon.

III

Pour terminer, je veux vous dire deux mots du traitement prophylactique.

Il est possible, jusqu'à un certain point, d'empêcher la formation d'un ulcère serpigineux en écartant les causes d'infection.

L'observation rigoureuse de l'hygiène industrielle, l'usage de lunettes protectrices, en mica ou en toile métallique très fine, mettent l'ouvrier à l'abri d'un grand nombre de blessures infectantes de l'œil. Malheureusement, il faut bien le reconnaître, on se heurte encore, trop souvent, à un mauvais vouloir inexplicable, quand il s'agit de faire exécuter le règlement le plus utile.

J'appelle tout particulièrement l'attention du praticien sur les dangers de l'éruption variolique ou même des éruptions impétigineuses de la face, qui en raison du gonflement considérable des paupières dont elles s'accompagnent empêchent de se rendre facilement compte de l'état de la cornée. Faut-il l'avouer ? Le médecin néglige, parfois, de faire cet examen et laisse le processus opérer ses ravages. Quand, à la période de dessiccation, le gonflement ayant diminué, le malade ouvre les paupières, on a la douloureuse surprise de reconnaître qu'il est trop tard pour formuler un traitement efficace.

Il est donc indispensable d'examiner les yeux chaque jour, de façon à surprendre les premiers symptômes de l'ulcère ; préventivement, on nettoiera le cul-de-sac conjonctival, au moyen d'irrigations antiseptiques, et on ponctionnera le bord libre des paupières avec la pommade iodoformée faible.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur les effets de l'Héroïne.

C'est depuis deux années à peine que l'héroïne a vu le jour, et déjà de nombreux articles ont été publiés, les uns préconisant, les autres condamnant ce remède. Aussi, le docteur Jacobi, en présence de toutes ces données contradictoires, a-t-il voulu se rendre compte par lui-même de la valeur réelle de ce médicament.

Dans ce but, il a divisé en deux groupes les 85 malades, chez lesquels il a expérimenté l'héroïne. Il a, d'une part, donné ce médicament dans les cas pour la thérapeutique desquels il était recommandé par les auteurs (61 malades) ; d'autre part, chez 24 sujets, il a étudié son action narcotique, ses effets sur la respiration, le cœur, la température, etc.

I). Voyons d'abord quelle fut l'action de l'héroïne dans ce deuxième groupe de malades, et en particulier sur la température, la respiration et le pouls.

L'héroïne était administrée sous forme de poudre mélangée à la saccharine, aux doses de 0,005 milligrammes, 0,01 centigramme, ou 0,02 centigrammes. Les malades étaient condamnés au lit pendant tout le temps de leur observation. L'auteur notait soigneusement le pouls et la respiration chez les uns, la température chez les autres, une heure avant, et une heure après l'administration du médicament.

1° Des doses de 1/2 centigramme furent données dans les cinq cas suivants ; une stomatite, une parésie consécutive à la fièvre typhoïde, une sclérose multiple (à température normale) une myélite, et une spondylite. Jamais la respiration, ni le pouls ne furent en aucune façon influencés.

2° Jacobi administra ensuite des doses d'un ou deux centigrammes aux malades précédents, et dans d'autres affections, telles que la fièvre typhoïde, la néphrite interstitielle, l'insuffisance mitrale, l'emphysème pulmonaire, la polyarthrite chronique, la péritonite chronique. Il put en conclure que dans la plupart des cas, surtout quand il y avait dyspnée, le nombre des respirations était diminué. Les mêmes doses d'héroïne semblaient, quelques heures après leur

administration, diminuer d'un dixième de degré l'hyperthermie, ou quelquefois empêcher une élévation de température. Ces propriétés apyrétiques ne se manifesteraient que chez les fébricitants. D'autre part, jamais le pouls ne parut influencé par le médicament en question. L'action de l'héroïne sur la respiration et la température apparaîtrait surtout pendant les premières heures, et persisterait pendant quatre heures environ.

Les observations précédentes démontrèrent aussi à l'auteur que l'héroïne était un narcotique, mais à un degré bien moindre que la morphine.

II) Voyons, à présent, si la valeur généralement attribuée à l'héroïne dans certaines maladies par les auteurs est bien justifiée. Les observations de Jacobi ont porté sur des tuberculoses pulmonaires, dont quelques-unes accompagnées de pneumothorax, ou de tuberculose intestinale, sur des rougeoles, des bronchites, des endocardites, etc.

Ici encore cet auteur a employé l'héroïne, le plus souvent en poudre, quelquefois en solution, rarement en injections sous-cutanées. Il donnait aux adultes un demi-centigramme ou un centigramme, rarement 2 et 3 centigrammes par dose en poudre (3 ou 4 fois par jour) ; en solution, il ordonnait de 1 à 3 centigrammes par jour.

Les sujets présentant de la tuberculose pulmonaire avaient pour la plupart atteint un stade avancé de la maladie ; ils passèrent plusieurs semaines et même plusieurs mois à l'hôpital, l'auteur put donc essayer chez eux tour à tour l'héroïne, la morphine et la codéine. De temps en temps, il ne leur administrait que de la saccharine, afin de pouvoir mieux se rendre compte des effets de l'heroïne, et d'éviter chez eux toute influence psychique.

En résumé, l'héroïne est chez les tuberculeux un bon calmant de la toux, à doses égales, quelquefois inférieures à celles de la morphine ; néanmoins, ce dernier médicament est parfois préférable à l'héroïne, qui peut dans quelques cas rester sans effets. Lorsqu'elle est efficace, son action calmante se manifeste au bout d'un quart d'heure, ou d'une demi-heure, et persiste pendant 2 ou 4 heures, souvent plus longtemps. La toux, disaient quelques malades, est évidemment calmée par l'heroïne, mais elle devient plus sèche, plus étouffante, et l'expectoration s'en trouve plus laborieuse.

Chez ces malades, l'héroïne, donnée il est vrai à des doses relativement faibles (1/2 à 1 centigr.), ne semblait pas avoir une action effective sur la température ; par contre elle ralentissait le pouls de 8 à 10 pulsations, et encore cet effet n'était-il pas constant.

Ce médicament ne semblait avoir aucune action spéciale relative à l'appétit, et aux diarrhées tuberculeuses ; il en était de même pour les sueurs nocturnes des phthisiques.

A présent, il faut se demander si l'héroïne agit comme narcotique ? Cette question peut-être résolue d'une façon positive, car, après l'absorption de ce médicament, la plupart des malades éprouvaient de la fatigue et de la tendance au sommeil, mais cela se produisait avec des doses relativement fortes (1 et 2 centigrammes).

L'héroïne, employée à la dose de 1/2 ou 1 centigramme, deux ou trois fois par jour, donne aussi de bons résultats dans les bronchites aiguës ou chroniques. Dans la gangrène pulmonaire, elle calme, plus rapidement que la morphine, les quintes de toux. Par contre, elle ne semble pas très efficace dans la rougeole. Certains asthmatiques se trouvaient calmés d'une façon plus rapide par l'héroïne que par la morphine, ou les cigarettes de stramonium.

Les cardiaques non compensés se trouvaient très soulagés par des doses de un demi ou un centigramme d'héroïne : la toux de leur bronchite concomitante se calmait, et leurs nuits devenaient meilleures : aucune influence cependant n'était à noter sur le pouls, la contraction cardiaque et les autres symptômes.

Enfin Jacobi essaya son médicament dans les affections très douloureuses (poly-arthrite aiguë, otite moyenne aiguë, névrite), et des doses de 1/2 centigramme restèrent inefficaces. Par contre, dans une lithiase biliaire, avec crises douloureuses, d'une intensité et d'une fréquence particulière, un demi-centigramme d'héroïne en solution calma mieux le malade qu'un centigramme de morphine. Chez ce même malade, une injection sous-cutanée d'un demi-centigramme d'héroïne fit disparaître complètement les douleurs en vingt minutes : le malade éprouva cependant quelques vertiges, fut légèrement obnubilé, puis s'endormit. Néanmoins chez un sujet atteint de cancer pancréatique, des doses de morphine assez élevées en injections sous-cutanée (un et deux centigramme), restaient depuis plusieurs semaines inefficaces ; on administra la même quantité d'héroïne, et tout phénomène douloureux disparut, sans qu'on n'ait pu noter la moindre action secondaire due au médicament. Dans un cas de céphalée urémique, l'héroïne se montra bien plus rapidement efficace que la quinine, la phénacétine ou l'antipyrine.

Il est très regrettable, que l'héroïne ne soit pas toujours exempte d'effets secondaires, quoique ceux-ci ne s'accusent le plus souvent que d'une manière passagère (vertiges, bourdonnements d'oreille, vomissements, obnubilation.)

***

Bref, pour se résumer, on peut dire que l'héroïne constitue un calmant de la toux très avantageux, à mettre sur le même niveau que la morphine.

Il peut quelquefois sembler, d'après certaines observations, que l'héroïne agisse mieux lorsqu'elle est employée postérieurement à un autre calmant ; mais la chose n'est pas exacte, ainsi qu'en témoigne l'histoire d'autres malades. Parfois, elle agit mieux que la morphine, et à des doses moindres.

On peut se poser à présent la question suivante : l'organisme finit-il par s'habituer à l'héroïne ? Jacobi, se basant sur son expérience personnelle, dit à ce propos, qu'il faut, au bout d'un certain temps d'usage, augmenter les doses de ce médicament pour en obtenir les mêmes effets. Si l'on interrompt l'administration de l'héroïne, on en obtiendra de nouveau de bons effets, à petites doses, à conditions que dans l'intervalle on donne de la morphine, ou quelqu'autre narcotique.

Grâce à l'héroïne, nous ne sommes donc plus obligés d'augmenter indéfiniment les doses de

morphine chez un malade donné, nous pouvons alterner avec l'héroïne, la morphine, la codéine.

D'après Jacobi, ce médicament se recommande plus particulièrement chez les tuberculeux ; elle est moins indiquée dans d'autres affections, bronchites, trachéites, etc., où d'autres remèdes plus légers réussissent aussi bien. L'héroïne peut, en effet, avoir des actions secondaires ; la tolérance individuelle à son égard est excessivement variable. Chez certains malades, on peut observer des phénomènes légers d'intoxication avec 1/2 centigramme, alors que chez d'autres des doses de deux centigrammes restent absolument inoffensives.

On devra donc administrer l'héroïne avec prudence; il sera bon de ne pas dépasser un demi-centigramme par dose, et de commencer par des quantités quotidiennes de deux centigr. ; si aucun effet secondaire ne se produit, la dose peut être portée jusqu'à 1 centigr. 1/2, et la quantité journalière jusqu'à 3, 4 et 6 centigrammes, et cela sans inconvénients, à la faveur de ce procédé.

Enfin, dans les bronchites cardiaques et emphysémateuses, elle diminue la dyspnée, et soulage le cœur, en calmant la toux.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la Vendée

Extrait du procès-verbal de la séance du 5 février 1902

MASSEURS ET MAGNÉTISEURS

Nous arrivons à la question la plus importante ; je veux parler des Masseurs et Magnétiseurs. L'arrêt de la Cour de Rennes a jeté un complet désarroi dans les rangs de ces médicastres et, pour se relever du coup qui les a frappés, rien ne les arrête. Ils poursuivent avec une ardeur qui devrait nous servir d'exemple leur reconnaissance légale : mais le *but* et les *moyens* sont tels que nous devons les dévoiler à tous.

Un trop grand nombre de médecins de tous pays se sont laissés prendre au piège, pour que nous ne mettions pas tous nos soins à enrayer ce mouvement. Je crois qu'après avoir lu les documents que je vais mettre sous vos yeux, pas un n'hésitera à refuser catégoriquement son adhésion à une manœuvre qu'on ne peut qualifier — comme l'a fait une des victimes — que de véritable guet-apens. Mais prenons l'affaire *ab ovo*.

Le 4 décembre dernier, un de nos Confrères syndiqués, très en vue, m'écrivait la lettre suivante :

« Cher Confrère,

« M. X..., ancien secrétaire de la Ligue de « l'Enseignement, un apôtre des bonnes causes, « a pris l'initiative d'une pétition tendant à don- « ner aux Masseurs et aux Magnétiseurs qui au- « ront fait, devant une Commission de Médecins, « preuve de leurs aptitudes, le droit d'exercer « leur art sans tomber sous le coup de l'exer- « cice illégal de la médecine.

« Pour ma part, je n'y vois aucun inconvénient. « Au reste, nous n'empêcherons jamais les ma- « lades crédules de demander au magnétisme ce « que ne peut leur donner notre art ; et puis, il « convient, à mon avis, que nous montrions au « public de quel esprit libéral nous sommes ani- « més ; *je suis donc tout disposé à signer la péti- « tion*. Mais j'appartiens au Syndicat, ce qui ex- « plique cette lettre et mon désir de connaître « votre sentiment. Je vous envoie le texte de la « pétition et la lettre que j'ai reçue de M. X...

« Ayez l'obligeance de me renvoyer le tout en « me donnant votre avis.

« Cordialement vôtre.

« Y... »

A cette lettre était jointe la fameuse pétition dont vous avez lu le texte dans une note de décembre dernier. Après avoir lu *lettre* et *pétition*, je fus tout d'abord stupéfait, me demandant comment des Médecins pouvaient, par libéralisme mal compris, tomber dans le piège qu'on leur tendait ; puis je rédigeai immédiatement la note que vous avez reçue, vous suppliant de ne point donner l'appui de votre nom à nos pires ennemis : vous comprendrez tout à l'heure la valeur de cet adjectif. Quant à notre confrère, je lui répondis aussitôt en lui demandant instamment de ne pas céder aux sollicitations dont il était l'objet ; ce qu'il fit.

Mais, j'avais vu, au bas de cette pétition, les noms de plusieurs de nos excellents Confrères syndiqués ; je ne pouvais croire qu'ils eussent signé réellement un tel factum ; ou du moins, je devais supposer qu'ils avaient cédé à un désir d'être agréables au solliciteur, sans songer aux graves conséquences qu'entraînait leur adhésion ; pour en avoir le cœur net, je me rendis auprès d'eux et là, j'eus la clef de l'énigme.

La manœuvre, il faut en convenir, était habile.

Voici simplement ce qu'on leur mît sous les yeux :

« *Adhésion à la pratique du massage et du ma- « gnétisme par les Masseurs et les Magnétiseurs « ayant pour cela les qualités voulues.* »

Rien de plus. Il faut avouer que ce texte ne paraissait pas trop compromettant, et moitié par amitié pour le solliciteur, moitié par désir de se montrer larges dans l'application de la loi sur la médecine, nos Confrères signèrent, n'attachant du reste qu'une médiocre importance à cette pétition ; même le signataire de la lettre ci-dessus, adhéra. Mais, attend ez.

Quelques jours après, le même solliciteur présenta un nouveau texte, celui que je vous ai fait connaître, et que je vous demande la permission de reproduire :

« MESSIEURS LES SÉNATEURS,
« MESSIEURS LES DÉPUTÉS,
« MESSIEURS,

« Permettez-nous d'attirer votre attention sur « la situation anormale, et à beaucoup d'égards « contradictoire, que crée aux Masseurs et aux « Magnétiseurs la loi votée le 30 novembre « 1892, *sous la pression* du corps médical.

« Le Massage et le Magnétisme pourraient « être souvent (ce *pourraient* est stupéfiant!) « d'heureux auxiliaires de la Médecine, tandis « qu'un antagonisme les sépare.

« La Médecine applique des remèdes ; le Ma- « gnétisme a pour toute pharmacie la puissance

« de la volonté, tendue sur un mal déterminé « avec l'intention de le détruire. Le Masseur, « après des études anatomiques spéciales (??) « remet dans leur état normal les nerfs et les « muscles altérés par des accidents.

« Le corps médical ne peut nier que, là où la « science a échoué, le Magnétisme a souvent « réussi.

« En présence de ces faits, il est logique de « demander l'inscription, dans la loi, du passage « contenu dans l'exposé des motifs déclarant « que le Massage et le Magnétisme ne sont pas « défendus, du moment où Masseurs et Magné- « tiseurs n'ordonnent pas de médicaments.

« Interdire aux Masseurs et Magnétiseurs « l'exercice de leurs *facultés curatives* (quelles fa- « cultés !!), serait synonyme de *l'interdiction de* « *la liberté de penser.*

« Nous ne doutons pas, Messieurs, que si nous « réussissons à attirer votre attention sur ces « faits, votre sympathie sera acquise à une *cause* « *humanitaire.*

« Veuillez agréer, etc... »

Tel est le texte qui émut mon correspondant ; *quoique disposé à le signer*, il ne voulut pas aller plus loin avant de consulter le Bureau : je l'en remercie bien sincèrement, puisque cela me permit de découvrir toute la trame ourdie contre nous ; car, si ce texte était déjà singulièrement compromettant pour des Médecins, que dire des autres qui vont suivre.

Les Masseurs et Magnétiseurs, en effet, ne sont pas gens à s'arrêter à mi-chemin, et nos Confrères, signataires de la pétition ci-dessus, recevaient quelques jours après, *l'incroyable circulaire* suivante :

Lettre ouverte à tous les Malades, à tous les Penseurs, à tous les Partisans de la Liberté.

« Le Don de Guérir. — La *Faculté*, le *Pouvoir*, « le *Don de Guérir* les maladies n'appartiennent « qu'à un petit nombre d'individus. Sans l'em- « ploi d'aucun médicament, et seulement par la « force de leur désir, de leur volonté, qui fait ra- « yonner autour d'eux les propriétés vitales dont « ils sont doués, ceux-là seuls peuvent obtenir « des guérisons considérées comme impossibles « à obtenir par les moyens ordinaires, trop limi- « tés, de la médecine classique.

« Guérisons Miraculeuses. — Les Magnétiseurs, « les Médiums guérisseurs, les Hermetistes, les « Théosophes, certains guérisseurs à divers ti- « tres et beaucoup de Masseurs possèdent ce « *Pouvoir*, ce *Don naturel*, à un degré plus ou « moins élevé, et peuvent, tout au moins pour « certains malades sympathiques, obtenir ces « guérisons extraordinaires que l'on qualifiait « autrefois de *guérisons miraculeuses*.

« Le médecin ne possède pas toujours le don « de guérir. — Le médecin ne possède pas tou- « jours, *loin s'en faut, le don de guérir*, qui dé- « termine seul la véritable vocation ; car plus « ou moins obligé, par des circonstances de fa- « mille, de convenances et surtout d'intérêt, il a « embrassé cette profession sans s'être deman- « dé *s'il avait pour cela les dispositions physiques* « *et morales requises par la nature.* Devenu doc- « teur en médecine, après avoir acquis le bagage « scientifique exigé par des réglements mal com- « pris, il *abaisse* presque toujours l'art de guérir « au niveau d'un *vulgaire métier*, — qui doit le « faire vivre d'autant mieux qu'il a passé plus de « temps et dépensé plus d'argent pour y parve- « nir

« Investi par la loi du droit exclusif de traiter « les malades, ceux-ci deviennent *sa chose*, *sa* « *propriété*. S'il possède les qualités requises par « la nature, il les guérira dans la mesure du « possible : tant mieux pour eux ; mais, s'il ne « les possède pas, il n'obtiendra guère de résul- « tats satisfaisants : *tant mieux pour lui*, car ils « *resteront des clients*, et ces clients seront les « *éternelles vaches à lait qu'il* doit *traire* et sur- « tout *qu'il ne doit pas laisser traire par d'autres*.

« Tolérance. — Sans trop de difficultés, quoi- « qu'en s'exposant souvent à des poursuites ju- « diciaires, jusqu'à présent les Magnétiseurs et « les Masseurs *pouvaient exercer leur art bienfai-* « *sant*, au plus grand avantage de malades « abandonnés qui réclamaient leurs soins.

« Cette tolérance n'existe plus, car la pratique « du Massage et du Magnétisme par les Magné- « tiseurs non Médecins est définitivement con- « damnée par la Cour de Cassation, qui a inter- « prété la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice « de la médecine, à l'avantage exclusif des mé- « decins *qui ont intérêt à ne pas guérir les mala-* « *des, contre l'intérêt de ceux-ci qui les paient pour* « *être guéris.*

« Syndicats médicaux : *Moyens odieux qu'ils em-* « *ploient.* — Les Médecins, tout au moins ceux « qui, dénués de toute *capacité curative*, veulent, « envers et malgré tout, que les malades leur « appartiennent en toute propriété, se sont réu- « nis en Syndicats pour dénoncer tous les gué- « risseurs non Médecins qui nuisent à leurs in- « térêts. Ces dénonciations, d'autant plus odieu- « ses qu'elles sont anonymes, sont reçues avec « bienveillance par les parquets qui poursuivent « conformément à l'usage, et les tribunaux con- « damnent irrévocablement « pour exercice illé- « gal de la médecine » tout guérisseur non Mé- « decin, coupable de guérir les malades que les « Médecins n'avaient même pas pu soulager. « Quoique de telles condamnations honorent « ceux qui en sont les généreuses victimes (!!), « elles n'en sont pas moins humiliantes pour la « raison humaine, et le devoir de tout Penseur « est de songer à faire son possible pour les faire « cesser.

« Considérations scientifiques. — La science « est constituée par l'ensemble des connaissan- « ces humaines qui se sont accumulées de siècle « en siècle sous les efforts constants des cher- « cheurs et des observateurs que l'on désigne « sous le nom de *savants*, et cet ensemble de « connaissances a toujours été fourni par deux « groupes distincts : La *science officielle* et la « *science libre.*

« Malgré sa routine et ses préjugés, il faut re- « connaître le mérite incontestable de la pre- « mière ; mais elle ne progresse que grâce aux « efforts de la seconde. La *science libre* est la « science d'avant-garde qui recule constamment « les bornes du progrès sur la route de l'incon- « nu ; la *science officielle* est la science positive « qui garde le dépôt sacré des enquêtes que l'on « dépose entre ses mains. Les efforts de l'une « sont stimulés par les résultats obtenus par

« l'autre, et la marche du progrès est incontesta-
« blement plus rapide et plus certaine. C'est par
« cette raison qu'on doit les garder l'une et l'au-
« tre. Elles doivent suivre la même voie, sinon
« la main dans la main, mais côte à côte, à la
« conquête de la vérité.

« Considérations scientifiques. — Dans tous
« les pays la science est libre. Elle appartient à
« tous ceux qui ont les aptitudes et les moyens
« suffisants pour l'étudier ; et personne n'a ja-
« mais songé à la monopoliser entre les mains
« d'une catégorie quelconque de citoyens, quel-
« que savants qu'ils puissent être.

« La médecine est bien plus qu'une science, car
« elle emprunte ses éléments à presque toutes les
« sciences. C'est un art qui cherche un résultat
« pratique, non pas dans une vérité, mais dans
« un ensemble de vérités empruntées à l'univer-
« salité des connaissances humaines. L'ensemble
« des connaissances théoriques et pratiques de
« la médecine qui doit être basée sur des procé-
« dés individuels et non pas sur des formules
« constantes, constitue l'art de guérir, art es-
« sentiellement élevé par son but, mais trop com-
« plexe par les connaissances qu'il exige pour
« qu'un homme puisse jamais les posséder com-
« plètement. Son bagage scientifique est essen-
« tiellement progressif ; et, pour atteindre une
« perfection relative, il a besoin du concours de
« tous, sans en excepter les plus humbles et les
« plus obscurs.

« Dangers du monopole. — Avec le monopole
« qui place exclusivement la pratique de l'art de
« guérir entre les mains des médecins, cet art
« reste fatalement enfermé dans des formules
« classiques dont il ne peut sortir ; tandis qu'en
« augmentant les catégories de praticiens, il y
« aurait une émulation plus grande qui concour-
« rait à son perfectionnement. Ce serait à qui fe-
« rait le mieux : les malades y gagneraient et
« l'art de guérir en profiterait.

« Il y aurait moins d'accidents, et ceux qui sur-
« viendraient encore par négligence, maladres-
« se ou ignorance, les lois de droit civil, suspen-
« dues comme une épée de Damoclès au-dessus
« de toutes les têtes, sont là, bien suffisantes,
« pour réprimer les erreurs et les fautes des pra-
« ticiens assez téméraires *pour entreprendre le*
« *traitement des cas quelconques*, sans avoir pour
« cela les connaissances et les aptitudes suffi-
« santes.

« Branches de la médecine. — Les branches
« de l'art de guérir sont nombreuses, et toutes
« ne peuvent pas être exercées par le même pra-
« ticien, quelque savant et expérimenté qu'il soit.
« Au médecin proprement dit, au savant sorti
« des grandes écoles médicales, reviendrait le
« soin de traiter, par les procédés ordinaires et
« autres de la médecine et de la chirurgie, les
« affections les plus difficiles et les plus compli-
« quées ; *aux praticiens moins instruits, aux mas-*
« *seurs et aux magnétiseurs*, par exemple, suivant
« leurs connaissances et leurs aptitudes, revien-
« drait celui de traiter les autres cas, à la con-
« dition toutefois de ne pas empiéter sur le do-
« maine du médecin en prescrivant des médica-
« ments.

« Auxiliaires du médecin. — A proprement di-
« re, le médecin a besoin d'auxiliaires sérieux,
« actifs, dévoués, marchant à ses côtés dans un
« but unique : celui de procurer aux malades,
« sinon la guérison de tous les maux, du moins
« un soulagement aussi grand que leur état le
« permet. Le *magnétiseur*, le *masseur*, la *sage-*
« *femme*, le *dentiste*, le *baigneur*, le *doucheur*, le
« *ventouseur*, *l'infirmier*, le *garde-malade*, le *ban-*
« *dagiste*, le *rebouteur*, le *pédicure même*, sont et
« doivent rester les auxiliaires indispensables
« du médecin. *Ils possèdent tous des connaissan-*
« *ces spéciales* que le médecin ne peut jamais
« connaître à fond ; et les connaîtrait-il qu'il ne
« pourrait pas les appliquer lui-même, faute de
« temps. Le médecin doit donc rester l'architec-
« te chargé de réparer l'édifice humain ; mais un
« certain nombre des réparations peuvent être
« exécutées par des manœuvres, c'est-à-dire par
« *des artisans spéciaux ayant acquis pour cela*
« *l'habileté suffisante*.

« Liberté du malade. — Dans tous les cas, le
« malade, seul intéressé, doit rester libre de pou-
« voir confier le soin de sa santé au guérisseur,
« *médecin ou non*, qui possède sa confiance.

« Une loi est nécessaire. — C'est pour assu-
« rer cette liberté que doit posséder tout citoyen
« libre dans un Etat libre, qu'une Ligue nationa-
« le pour la libre pratique du Massage et du Ma-
« gnétisme s'est formée à Paris, dans le but d'ob-
« tenir des Pouvoirs législatifs une *Loi Humani-*
« *taire*, modifiant celle de 1892 sur l'exercice de
« la Médecine en France, afin de *permettre* aux
« Magnétiseurs et aux Masseurs possédant les
« qualités voulues, de rester à la disposition des
« malades qui veulent se faire soigner par leurs
« méthodes.

« Pour obtenir cette loi. — Pour obtenir ce
« résultat, la Ligue fait, sous des formes diffé-
« rentes, et plus particulièrement par des con-
« férences, des publications a bon marché, des
« lettres individuelles adressées aux intéres-
« sés, etc., etc... une propagande des plus acti-
« ves, tant en France que dans les Colonies, dans
« le but de faire comprendre à tous le bien fondé
« de ses démarches, d'obtenir des adhésions et de
« recueillir les fonds nécessaires.

« Un vaste pétitionnement est organisé. Un
« premier dépôt de soixante-neuf mille cinq
« cent quarante signatures vient d'être fait à la
« Chambre des Députés, dans le but d'obtenir
« une loi permettant aux Masseurs et aux Ma-
« gnétiseurs capables de guérir, d'appliquer leur
« art bienfaisant au traitement des maladies.

« Pour continuer son œuvre, la Ligue a besoin
« du concours de toutes les bonnes volontés. En
« conséquence, elle prie tous les partisans de la
« *liberté que le malade doit posséder de confier le*
« *soin de sa santé au guérisseur, médecin ou non,*
« *qui possède sa confiance*, de vouloir bien l'aider
« dans la mesure de leurs moyens.

« C'est à ce titre qu'elle s'adresse à vous en
« vous priant de vouloir bien :

« 1° Signer et faire signer par tous vos amis et
« connaissances, sans en excepter les employés,
« les domestiques et même les *enfants* qui peu-
« vent le faire, la *pétition* ci-jointe, qui doit cons-
« tituer prochainement un second dépôt à la
« Chambre des Députés ;

« 2° De prendre part à la *Souscription nationale*
« ouverte au bureau du « Journal du Magné-
« tisme », pour couvrir les frais très élevés de
« propagande et du pétitionnement. en nous en-

« voyant votre offrande et celles que vous pour-
« rez recueillir, (il vous en sera accusé réception
« par la voie du journal).

« Dans l'espoir d'obtenir bientôt *cette loi humanitaire* qui favorisera le développement de l'art « de guérir, à l'avantage de tous les malades, « nous vous prions de vouloir bien agréer, M. « avec nos sincères remerciements, nos plus respectueuses salutations.

« *Le Secrétaire-Délégué*
« *de la Ligue nationale pour la libre pratique*
« *du massage et du magnétisme*,
« H. Durville,
« 23, rue Saint-Merri, Paris-4e »

C'est long, mais c'est autrement instructif et je crois qu'après celle-là il n'y a plus qu'à tirer l'échelle. Vous avez bien lu ; inutile de vous demander si vous rêvez ; inutile de vous pincer pour être sûr que vous n'êtes pas le jouet d'une hallucination ; c'est authentique. J'ai l'exemplaire sous les yeux. — Vous vous imaginez facilement l'état d'esprit de nos confrères après la lecture d'un tel factum ; et vous comprenez leur irritation légitime en voyant surtout *leurs noms accolés au dos de ce libelle*. Car il n'y a pas à dire ; c'est un vrai libelle. Vous voyez comme on nous traite : des imbéciles, des ignorants qui veulent traiter les malades sans avoir le *don*, le *fameux don* de guérir ; car il est si rare de l'avoir ce don, qu'il y a bien des chances pour que vous et moi en soyons privés. Nous ne sommes que des malandrins songeant à traire nos vaches à lait avec la ferme intention d'empêcher les autres d'y mettre la main ; et ces autres qui ont le *don*, ce sont ces malheureux masseurs qui ont tant de droit à la reconnaissance des malades, qui n'ont qu'un but : *le bien de l'humanité*.

Et les syndicats ! On ne leur mâche pas la vérité, j'imagine ; on leur dit leur fait en cinq sec et on n'y va pas par quatre chemins ; ce sont les non-valeurs de la profession qui en constituent la majeure partie, et ils ne songent, ces misérables ! à se défendre qu'en employant des moyens odieux ! Songez-donc ! Ils ont l'outrecuidance d'enseigner aux médecins à se défendre contre tous les exploiteurs, et ceux qui, jusqu'ici, avaient été de braves moutons prêts à se laisser tondre sans crier, deviennent tout à coup enragés au point de rendre coups pour coups ; c'est à n'y rien comprendre, c'est l'abomination de la désolation......

Eh bien ! rien ne m'est plus agréable que cette grande colère contre les syndicats ; rien ne prouve mieux leur utilité que les injures de nos adversaires, et je m'imagine que rien ne vaut semblable libelle pour nous amener des adhérents : N'est-ce pas votre avis, cher confrère ?

Et s'il restait à quelqu'un d'entre nous des illusions, je ne dis pas sur les bons sentiments de MM. les Masseurs et Magnétiseurs à notre égard, mais sur la valeur scientifique de leurs procédés, lisez ces quelques extraits de leur journal officiel, « le Journal du Magnétisme », janvier 1902, page 227.

« Dans son manuel de l'Etudiant magnétiseur, « 1854, p. 318, le même auteur (baron du Potet) « avait déjà écrit :

« Sachez aussi que beaucoup de plaies incurables et qui nécessitent par cela seul l'emploi de « l'instrument, peuvent être modifiées, guéries « même par les seules forces de la vie, lorsque. « comme dans toute autre maladie, vous avez « magnétisé. La vertu magnétique se fait sentir « sur des plaies blafardes, incolores. Elle y va « porter l'excitant nécessaire et ranimer cette « sensibilité si utile, sans laquelle rien ne peut « se faire......................................

« Dans d'autres cas, elle (la nature) lutte près « du foyer purulent, elle le cerne, construit un « rempart et ne se retire enfin un peu plus loin « que lorsque ses efforts sont devenus insuffisants. Aidez-moi, semble-t-elle dire ; venez à « mon secours, je n'ai qu'une somme de forces, « hâtez-vous de diminuer le fardeau qui m'opprime : mais le Médecin ne sait pas ou ne voit « pas.

« Magnétiseurs, vous n'avez pas besoin d'une « haute intelligence. Donnez de votre vie (??) »

— Voulez-vous maintenant la technique opératoire.

« Assis devant le malade, établir le rapport « magnétique (du magnétiseur aux magnétisé) « par l'application des mains sur les mains, des « genoux contre les genoux, et des pieds contre « les pieds, en laissant tomber doucement le regard sur la poitrine ou la région de l'estomac. « Ensuite, application des mains ou de l'une des « mains sur le siège du mal ; insufflations chaudes pratiquées à une distance de quelques centimètres, passes longitudinales pratiquées très « lentement de haut en bas, sur le membre affecté comme pour le saturer : puis, pour terminer, passes longitudinales pratiquées plus « rapidement, sur l'ensemble de l'organisme, « pour régulariser l'action. »

Et voilà ; ça n'est pas plus difficile que ça, bien entendu à condition *d'avoir le don*.

Et maintenant si vous voulez des guérisons de plaies, d'ulcère, de panaris, etc., etc., à la douzaine, lisez le numéro en entier ; vous serez satisfait.

En présence d'une levée de boucliers aussi violente, quel était notre devoir ! Il nous a semblé tout tracé :

1° Aider d'abord par tous les moyens possibles nos Confrères à sortir de l'impasse où ils s'étaient fourvoyés et empêcher qu'on abusât d'une signature donnée sans méfiance.

2° Faire connaître à tous les Médecins de la Vendée, syndiqués ou non, les documents tombés dans nos mains, afin de les mettre en garde contre le piège qu'on pourrait leur tendre ; c'est le but de cette publication.

3° Envoyer à tous les Syndicats de France la copie du procès-verbal ci-dessus, touchant la question des Masseurs et Magnétiseurs.

4° Quand le moment opportun sera venu, faire tous ses efforts pour empêcher d'aboutir une modification de la loi de 1892 qui ne tendrait à rien moins qu'à légaliser l'exercice irrégulier de la médecine.

Pouzauges, le mars 1902.

Dr Barbanneau
Secrétaire.

N. D. L. R. Notre excellent confrère M. le Dr Salomon (de Savigné-l'Evêque) a déjà signalé l'agitation et les manœuvres qui viennent d'être exposées avec détail. Les syndicats feront bien d'agir auprès des députés pour tuer dans l'œuf ces beaux projets. Si la question arrive jusqu'à

la Chambre, nos sociétés de défense professionnelle ne manqueront pas de se concerter pour obtenir qu'on la repousse avec le peu d'égards qu'elle mérite.

Nous verrons, pour notre compte, à la rappeler en temps utile.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpitaux et Faculté.

M. A. Béclère commencera le dimanche 4 mai à 10 h. du matin, à l'hôpital Saint-Antoine, une série de 6 conférences sur la radioscopie et la radiographie médicales. Il les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, commencera une série de conférences de médecine légale psychiatrique le vendredi 9 mai de 1 h. 1/2 à 3 h. et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Concours des hopitaux (*chirurgie*). — Séance du 19 avril. Ont lu : MM. Delbet, 26 ; Herbet, 26 ; Proust, 25 ; Gosset, 24. Sont admis à prendre part aux épreuves cliniques les candidats ayant obtenu un minimum de 23 points. Séance du 22 avril (épreuves cliniques). MM. Baudet, 20 ; Gosset, 15 ; Proust, 14.

Concours d'Internat. — Séance du 18 avril. *Anatomie du nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de la colique de plomb* ; MM. Darcanne, 12 ; Jacobsohn, 9 ; Lavenant, 14 ; Morisetti, 13 ; Philibert, 12 ; Roussy, 14 ; Barthélemy, 12 ; Chiray, 15 ; Darré, 16 ; Absent : M. Desmoulins. — Séance du 21 avril : *Rapports de l'œsophage. Symptômes et complications des fractures de côtes* : MM. Desmarets, 17 ; Blairon, 10 ; Lutaud, 12 ; Foisy, 14 ; Vicart, 13 ; Rendu, 14 ; Tremolières, 15 ; Algret 12 ; Dubois, 13 ; Renlos (M), 11 : Absent : M. Baillon. — Séance du 23 avril. *Artère poplitée. Symptômes de l'insuffisance aortique.* MM. Duval, 13 ; Lemaître, 15 ; Pillé, 11, Sauvé, 16 ; Cantonnet, 15 ; Sénéchal, 12 ; Bourguignon. 13 ; Lévy-Frankel, 9 ; Giroux, 10 ; Le Sourd, 14.

Résultats du concours d'Internat. *Internes titulaires*.— 1 Darré ; 2 Gaudeau ; 3 Sauvé ; 4 Desmarest ; 5 Riéou ; 6 Cantonnet ; 7 Hautant ; 8 Chiray ; 9 Calvé ; 10 Trémolière ; 11 Descomps, Taguet ; Jacquemin, Guillaume (M.) Capette, Alquier, Morisette, Lebar. Faure-Beaulieu, Beaufumé ; 21 Bréchot, Camus, M. Bourguignon, Dehérain, Saillant, Roussy, Thaon, Verliac, Lavenant, Muret ; 31 Lévy (Fernand), Da Silva, Martin (A), Gaudemest, Lœderich, de Lacombe, Le Play, Villaret, Boisseau, Français (H.), 41 Génévrier, Ertzbischoff, Hébert, Forny, Autefage, Wicart, Flourens. Klein, Bailleul-Ollier, Ramond ; 51 Agasse-Lafont, Lemaître (J), Viteman Bouchot, Cauchoix, Algret, Ferry, Français (A). Auburtin ; 61 Bouchez, Rottenstein, Rousseau, Masson, Lemaire, Le Sourd.

Internes provisoires : 1 Béal, Jeannel, Picot, Reudu, Mlle Mouroux, Dobrovitch, Darcanne, Cerise, Deglos, Morel ; 11 Juquelier, Gourmand, Perpère, Mlle Maugeret, Roland, Duval, Pater, Oppert, Dubois, Tixier (L.-J) ; 21 Bloch, Tixier (L.-E), Chartier, Papin, Blondin, Liné, Baudoin, Sénéchal, Dromard, Lutaud ; 31 Rabourdin, Deshayes, Hubert, Sourdille, Magitot, de Martel, Tassin, Landowski, Georget, Caldague ; 41 Claeys, Omecinski, Lafosse, Léenhardt, Cottard, Pelletier, Nathan Pillet, Philibert, Tanon ; 51 Claude, Poupardin, Barthélemy, Teisseire, Labadie, Pathault, Siegel, Renaud, Ribot, Dezanauldo ; 61 Jardry, Perreaux.

Classement général des élèves internes et externes en Médecine. — MM. les élèves internes devront être en fonctions le 1er mai ; la répartition a été faite le 26 avril. MM. les élèves externes entreront en fonctions le 15 mai. La répartition se fera, 3, avenue Victoria. Pour ceux de 3e année, le lundi 5 mai, à 2 h. Pour ceux de la 2e année, le mardi 6 mai, à 2 h. Pour ceux de la 1re année (1re moitié) le vendredi 9 mai, à 2 h. Pour ceux de la 1re année (2e moitié) le samedi 10 mai, à 2 h. Les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement, les vétérans étant classés, dans leur nouvelle promotion.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux membres du « Concours » ci-après désignés, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Mathieu (de Vassy).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Dutheil (Aubusson), Masbrenier (de Melun).

Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Les accidents du travail. — L'ouvrier qui, atteint de tuberculose et dont l'état est aggravé par le traumatisme d'un accident du travail, se trouve en état d'infirmité permanente, peut-il réclamer le maximum de la rente viagère, attribuée par la loi de 1898 ? Saisi de cette question, le tribunal avait répondu négativement et rejeté la demande telle qu'elle était formulée.

Sur appel, le 7e chambre de la Cour, présidée par M. Potier, vient, sur plaidoiries de MMes Georges Dufour et Baton, décider que le traumatisme occasionné par l'accident de travail ayant sensiblement aggravé la tuberculose, il y a lieu de rendre le patron entièrement responsable des suites de l'accident.

Les frais de séjour dans les hôpitaux des malades des Compagnies d'assurances. — Sur un rapport de M. Houdé, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter une délibération invitant l'administration de l'Assistance publique à réviser les prix de journées réclamés aux Compagnies d'assurances à la suite des accidents du travail, et à les augmenter dans une proportion de 50 pour 100, soit à 4 fr. 50 pour les journées de médecine et à 7 fr. 50 pour les journées de chirurgie.

Il semble bien que voici un premier résultat obtenu dans la campagne de protection simultanée de l'assistance et des médecins contre les Compagnies d'assurances. Mais c'est encore une demi-mesure parce que les Sociétés, continuant d'économiser par l'hôpital des honoraires médico-chirurgicaux, se garderont bien de ne pas profiter de ce bénéfice illégitime. Paris doit aller jusqu'au bout en imitant Bordeaux et autres municipalités avisées : il assurera à ses chirurgiens, par une combinaison comme celle de M. le Dr Lande, les honoraires qui leur sont dus. Et ce sera justice, comme on dit dans les prétoires.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4815. — M. le docteur Gapin, de Paris, membre de la Société médicale du IXe Arrt., de l'Association Gle des médecins de France, du Syndicat des médecins de la Seine, de l'Association Gallet-Lagoguey et présenté par M. le Docteur Henne, de Paris.

N° 4816. — M. le Docteur Brugueirolle, de St-Jean-en-Royans (Drome), présenté par M. le Docteur Perret, de Romans.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Devoisins, Breteuil (Eure) et Renson, de Monthermé (Ardennes), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 19 10 MAI 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

CIRCULAIRE

A nos confrères présidents ou secrétaires des Syndicats et des Sociétés locales, ou membres des Conseils Généraux.

Chers confrères,

En vue des négociations ouvertes entre nos Sociétés de défense professionnelle (Union des Syndicats, Sou médical) et la Commission sénatoriale des accidents du travail, nous avons à rassembler, dans le plus bref délai, les différents tarifs d'assistance chirurgicale, quels qu'ils soient, adoptés par les conseils généraux.

Nous vous serions infiniment obligés de nous faire parvenir, chacun en ce qui vous concerne, et le plus tôt qu'il vous sera possible :

1° Un exemplaire du tarif de votre département ;
2° Le procès-verbal de la délibération qui a précédé le vote ;
3° L'arrêté préfectoral qui l'a mis en vigueur.

Si, dans tous les départements, il existe, pour les Mairies, un Bulletin contenant ces actes administratifs et délibérations ou arrêtés, il vous suffirait de nous adresser un exemplaire du numéro qui les contient, ou de les y faire copier, dans le cas où vous ne pourriez vous dessaisir de ce document.

Avec nos remerciements, chers Confrères, veuillez agréer l'expression des sentiments dévoués que vous connaissez.

Le Conseil du Sou médical.

P.-S. Seraient également fort bien venus tous jugements rendus dans votre région au sujet de l'application de la loi accidents.

PROPOS DU JOUR

Les colonies et les médecins civils. — Ce qu'il faudrait faire. — Un premier résultat.

M. le Dr Vié (de Tamatave) avait ici soulevé cette question dans une lettre sur laquelle un confrère particulièrement bien placé et compétent vint aussitôt surenchérir avec autorité.

M. le Dr Vié, ainsi encouragé, précise aujourd'hui ses vues. Laissons-lui la parole avant de lui annoncer une bonne nouvelle qui tiendra en une simple note de la rédaction.

Monsieur le Directeur,

Merci bien sincèrement pour le bon accueil que vous avez fait, dans votre numéro du 28 décembre dernier, à une protestation contre le monopole, aux colonies, des officiers du corps de santé colonial. Il entrait dans mon esprit, après avoir exposé les faits et esquissé un semblant de solution, de terminer mon étude, en indiquant quelles étaient, à mon avis, les modifications qu'il conviendrait d'apporter au régime médical actuellement en vigueur dans nos colonies. Mais, j'ai voulu préalablement connaître votre opinion à ce sujet. Les quelques lignes dont vous avez fait suivre mon premier article ne m'ont laissé aucun doute.— Une fois de plus, je vous en remercie, et pour mes confrères civils coloniaux et pour moi — C'est alors que me sont parvenus successivement les trois articles, sur la même question, du docteur Y.. — Je regrette fort de ne pas connaître ce confrère; c'est pourquoi je le félicite d'autant plus vivement de la fougue et de la précision qu'il a apportées à soutenir les revendications que je soutiens moi-même. Sur un point seulement — et cela, à cause des conditions actuelles — mes conclusions différeront un peu des siennes. C'est pour les exposer que, une fois de plus, je demande l'hospitalité à votre vaillant *Concours médical.*

J'ai déjà montré quelle était, dans ses grandes lignes, la façon dont est pratiquée la médecine aux colonies ; quels sont les formidables avantages dont jouissent nos confrères du corps de santé colonial et combien effacé est, administrativement parlant, le rôle des médecins civils.

C'est contre l'existence d'une pareille inégalité — je pourrais dire : injustice — que j'ai protesté. J'ai même proposé un semblant de solution. J'avoue qu'elle était bien insuffisante et très incomplète et je remercie le Dr Y., de l'avoir signalé. Mais je voulais simplement alors faire connaître un état de choses défectueux, l'existence trop ignorée d'un décret mal venu, et non pas faire acte de thérapeute — ce que je me propose de faire aujourd'hui.

Le Dr Y. a fait un historique trop exact et trop complet de la médecine coloniale, et il l'a fait avec trop de verve, pour que je revienne sur ce sujet. Ses conclusions sont logiques ; et je m'y rallierais volontiers si — pour l'heure actuelle, tout au moins — je ne les trouvais trop absolues.

Au point de vue qui nous occupe, en effet, il n'est pas possible, à mon sens, de comparer les colonies à la métropole : dans celle-ci, pléthore, pléthore grave de médecins ; dans celles-là, insuffisance notoire. Certaines de nos villes, je le sais, certaines de nos contrées même d'au-delà des mers possèdent un contingent suffisant de médecins civils ; mais d'autres, en revanche, en sont totalement dépourvues ou à peu près. Le moment n'est donc pas venu, je crois, de demander que, dans nos colonies comme en France, « les médecins militaires soignent tout le per« sonnel militaire et les médecins civils tout le « reste ». Ce serait demander plus qu'il ne nous est actuellement possible de faire. C'est pourquoi mon desideratum qui, dans le fond, est le même que celui du Dr Y., est moins absolu dans la forme ; sans fausse modestie aucune, j'estime aussi qu'il est plus sage. — Du décret du 4 décembre 1898, je demande l'abrogation pure et simple, car je le considère comme notoirement injuste. Du décret du 20 octobre 1896, je demande modification ; qu'il soit simplement conçu dans ce sens : « Dans toutes nos colonies ou pays de « protectorat, partout où seront établis des mé« decins civils, les médecins du corps colonial « n'auront pas le droit de faire de la clientèle : « toutes les fonctions civiles (locales ou munici« pales) seront exclusivement remplies par des « médecins civils ; là où ces derniers feront dé« faut ou seront en nombre insuffisant, elles se« ront confiées — et d'une façon provisoire seu« lement — à des officiers du corps de santé co« lonial ».

Que si, un jour ou l'autre, les médecins civils étaient partout, aux colonies, en assez grand nombre pour assurer le bon fonctionnement de tous les services civils, j'entends ainsi et avant tout la clientèle proprement dite, — il n'y aurait rien à modifier : le décret « désiré », s'il est promulgué, leur conférerait tous droits que, par routine ou pour des raisons spéciales, on pourrait leur contester.

Et ce jour-là est proche, si la réforme que je demande à grands cris, et à l'obtention de laquelle le Dr Y., a bien voulu prêter son appui si documenté, est faite. Je me permettrai d'ajouter qu'elle s'impose, logiquement. Elle est la condition essentielle sans laquelle l'exercice de la médecine civile, dans notre domaine colonial, est une pure chimère. Grâce à elle, beaucoup de situations médiocres ou mauvaises pourraient être améliorées, beaucoup d'ambitions légitimes, satisfaites.

L'initiative prise, ces temps derniers, par le *Concours médical* pour trouver un moyen pratique de remédier à l'encombrement si intense dans notre carrière, à l'heure qu'il est, et qui va en augmentant de jour en jour, est des plus louables et des plus méritoires. Nombre de moyens, pour arriver au but, ont été envisagés et étudiés. Les solutions proposées ont été multiples. Parmi elles, quelques-unes sont pratiques mais je crains qu'elles ne soient pas, pour la plupart, d'une mise à exécution immédiate et que leur réalisation nécessite encore de longs mois de lutte.

D'ores et déjà il serait possible — en attendant mieux — de trouver un palliatif au mal dont souffre la grande famille médicale. Et ce palliatif consiste en la réalisation de la réforme que je propose de l'exercice de la médecine aux colonies.

Ceux de nos confrères que le hasard n'a pas

favorisés, qui ont eu la main malheureuse quand il leur a fallu chercher et trouver un poste médical; ceux aussi qui, docteurs d'hier, ne savent encore vers quel points'orienter,pourraient aller chercher dans l'une ou l'autre de nos colonies ce que leur a refusé la métropole.

De l'enquête faite par le *Concours médical* il résulte, si j'ai bonne mémoire, que le 20 ou le 25 pour cent de nos confrères seraient disposés à changer leur situation actuelle, trop modeste, contre une situation meilleure. Le nombre n'en est certes pas négligeable. Pourquoi n'essayeraient-ils pas — si satisfaction nous est donnée —, d'un moyen qui, à côté d'inconvénients relatifs, pourrait leur offrir d'immenses avantages ? Je ne veux pas dire qu'il suffirait d'aller n'importe où, au loin, pour y trouver une véritable sinécure ; mais j'estime que nombre de villes de nos colonies sont susceptibles de fournir au médecin civil qui s'y fixerait une situation pécuniaire des plus convenables. Le filon n'a pas encore été beaucoup exploité, qu'on fasse des tentatives ! Non pas avec l'espoir de faire fortune en quelques mois ou quelques années, mais avec la condition profonde — conviction qui, le plus souvent, deviendrait bientôt certitude — de faire soi-même une spéculation heureuse et de venir en aide, en même temps, à de nombreux confrères moins audacieux ou plus sédentaires ; non pas à la légère, mais après renseignements sérieux pris à bonne source, c'est-à-dire au Ministère des colonies.

Et pour que ces renseignements puissent être donnés aussi exacts et aussi complets que possible, il serait bon, je crois, que le décret dont je demande la promulgation comportât les dispositions additionnelles suivantes :

1° Les gouverneurs généraux des colonies sont invités à faire connaître à leur département les noms et l'importance respective des centres dans lesquels, par suite de pénurie de médecins civils, le bon fonctionnement des services médicaux est assuré par des officiers du corps de santé colonial ;

2° Le département des colonies fera publier périodiquement dans le *Journal Officiel* les noms des susdits centres, avec les renseignements complémentaires nécessaires, et cela, pendant tout le temps que durera l'occupation, par les médecins des colonies, de postes pouvant comporter la présence de médecins civils.

Dr L. Vié.

Tamatave, ce 25 mars 1902.

Note de la Rédaction. — Les vues de nos deux confrères ont fait quelque chemin depuis le commencement de l'année. Le rapporteur chargé, à la Chambre des députés, d'examiner le budget du corps de santé colonial (c'est un réélu qui tient à ses idées et arrive toujours à les faire triompher), a écrit textuellement ceci :

« *Des médecins militaires pour assurer le service des troupes .*

Des médecins civils pour assurer tous les services civils.

« **Provisoirement**, partout où il n'y aurait pas de médecins civils, leurs emplois seraient confiés à des médecins des troupes coloniales mis hors cadres, dans les mêmes conditions que les officiers du génie mis hors cadres pour les travaux de chemins de fer. L'adoption de cette mesure encouragerait, sans doute, des médecins civils à aller se fixer aux colonies, au grand bénéfice de la colonisation, tandis qu'aujourd'hui ils ne peuvent le faire, toutes les places étant occupées par des médecins militaires. Pour les hôpitaux, le mieux serait d'adopter le régime des hôpitaux mixtes. Ces établissements seraient militaires ou civils, suivant le nombre des malades de chaque catégorie soignés dans chacun d'eux. Dans les hôpitaux militaires, il y aurait un certain nombre de salles civiles et réciproquement. »

N'est-ce pas là le langage même de nos deux confrères ?

Il est donc permis d'espérer que la question sera un jour où l'autre résolue dans le sens de nos désirs, puisqu'ils sont ceux du Parlement.

Nous continuerons de nous y employer.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le lait de chèvre.

M. le Dr *Barbellion* a présenté à l'Académie de Médecine un travail très complet sur l'emploi du lait de chèvre dans l'alimentation des enfants.

Il constate d'abord que, d'après les analyses chimiques du lait des différentes races de chèvres, les chèvres alpines seraient les plus aptes à jouer le rôle de nourrices, tandis que les chèvres de la Corse, du Poitou, de la Corrèze représenteraient le type des fromagères, et celles des Pyrénées, de Murcie et de Malte, le type de beurrières.

D'autre part, le lait de chèvre avait été accusé autrefois de former, sous l'action des acides, un caillot aussi compact que le lait de vache, et cette remarque avait aussi servi de base à sa proscription. M. Barbellion a repris cette question *ab ovo*. Il a fait avec ce lait trois séries d'essais, en le soumettant : 1° à l'action des acides lactique, chlorhydrique, acétique, seuls ou associés entre eux d'abord, et ensuite à la pancréatine ; 2° à l'action des mêmes acides associés à la pepsine, puis à la pancréatine ; 3° à l'action de la gastérine (suc gastrique de chien). Il a obtenu les résultats suivants, que nous indiquons textuellement :

« 1° Il existe de grandes différences dans les modes de coagulation des différentes sortes de lait :

« *a*). Le caillot du *lait de vache cru* forme un bloc compact, dense, rétractile et adhérent, ferme, se divisant par l'agitation en grumeaux peu solubles.

« *b*). Le caillot du *lait de vache bouilli* présente les mêmes caractères que le précédent, mais ces caractères sont plus marqués, les grumeaux sont moins solubles.

« *c*). Le caillot du *lait de vache stérilisé* est pris en masse moins compacte, moins dense, molle, se divisant par l'agitation en grumeaux assez solubles.

« *d*). Le caillot du *lait de vache maternisé* est floconneux, presque homogène, très mou, très soluble.

« *e*). Le caillot du *lait de chèvre alpine cru* forme de très petits flocons légers, mous, très friables et très solubles, comme ceux du lait de femme et du lait d'ânesse.

« *f*). Le caillot du *lait de chèvre de Murcie cru*

présente les mêmes caractères que le précédent ; les flocons sont un peu moins ténus,mais ils sont très friables et très solubles.

« Pour ces dernières sortes de lait, la cuisson ne change rien à l'aspect du caillot, mais elle diminue la solubilité.

« 2° Le caillot du lait de femme, du lait d'ânesse, du lait de chèvre, du lait maternisé,après agitation, se précipite très lentement et incomplètement. Le caillot du lait de vache cru,bouilli ou stérilisé, se précipite très rapidement ; le sérum se sépare et redevient limpide immédiatement.

« 3° Après agitation, les tubes étant laissés au repos pendant une heure et leur contenu versé sur une plaque noire inclinée : le lait maternisé et le lait de chèvre ne laissent aucun résidu, le liquide est homogène.

« Au contraire, le lait de vache, bouilli et stérilisé, laisse de nombreux grumeaux denses et opaques, assez volumineux ; le sérum limpide se sépare immédiatement et s'écoule, laissant les grumeaux sur la plaque.

« 4° Soumis à l'action de la gastérine, le lait de femme, le lait d'ânesse et le lait de chèvre ont été digérés complètement en vingt heures, tandis que la digestion du lait de vache était très peu avancée.

« 5° D'une manière générale, la digestibilité du lait cru est plus grande que celle du lait bouilli, ou stérilisé.

« 6° La digestibilité du lait de chèvre cru ou bouilli est plus grande que celle du lait de vache cru, bouilli, ou stérilisé. »

L'auteur conclut de ces recherches, que le lait de chèvres sélectionnées est celui qui se rapproche le plus du lait de femme, par sa digestibilité aussi bien que par sa composition.

M. Barbellion a fait de nombreuses expériences sur les enfants et il a obtenu des résultats fort encourageants. Aussi peut-on dire, sans hésiter, que le lait de chèvre ne doit jamais être proscrit *a priori* de l'alimentation des enfants.

« S'il est encore impossible, à l'heure actuelle, de formuler des appréciations précises sur l'emploi du lait de chèvre dans l'alimentation des nourrissons, nous n'hésitons pas à reconnaître que les essais de M. Barbellion méritent d'attirer l'attention des spécialistes, et qu'il y a lieu de reviser le procès de la chèvre nourrice.

« Et il serait bien souhaitable, dans l'intérêt général, que cette revision lui fût favorable. La facilité avec laquelle on entretient la chèvre, même dans les villes, la possibilité qu'elle offre de procurer en toute saison du lait de lactation récente, la résistance bien connue qu'elle présente à l'infection tuberculeuse, toutes ces conditions rendraient infiniment avantageuse l'installation dans les villes, et à Paris en particulier, de nombreuses petites chèvreries, propres à ournir en tout temps et à tous un lait frais et pur, d'une richesse appropriée aux besoins. »

Pansement et drainage des plaies

M. Vignard a fait dans le *Bulletin Médical* une étude des pansements et du drainage des plaies accidentelles infectées et dont le traitement réside dans l'écoulement des produits septiques.

« Les pansements humides antiseptiques, dit-il, sont loin d'avoir maintenant la faveur qu'on leur accordait autrefois. Gottschalk a montré qu'il est impossible, par un contact même prolongé avec des solutions antiseptiques, de désinfecter complètement des matériaux de pansement, d'autant que les antiseptiques sont moins actifs dans les solutions organiques que dans les solutions aqueuses. Des recherches entreprises se dégage, en première ligne, l'importance de l'écoulement des liquides et leur facilité d'évaporation. C'est ainsi que Préobrajensky rappelle que, dans la guerre russo-turque de 1878, les plaies guérirent dans des proportions supérieures à ce qu'on avait vu jusque-là, résultats dus à ce qu'on employait pour les pansements des substances très absorbantes et à ce qu'on restreignit les lavages par suite du manque d'eau. »

Le même auteur a montré l'influence heureuse d'une évaporation facile du liquide des plaies; l'état hygrométrique de l'air a donc une certaine importance et cette considération, en même temps qu'elle atteint le pansement humide, condamne absolument les enveloppes imperméables qui isolent la plaie du milieu ambiant ; des expériences faites sur plus de 100 cobayes, avec des cultures de charbon très virulentes, ont montré que la mort survenait plus vite lorsque les plaies étaient recouvertes d'un pansement imperméable que lorsqu'elles l'étaient d'un pansement absorbant. D'autres expériences sont venues se joindre à celle-ci pour démontrer la supériorité du pansement sec sur le pansement humide.

M. Vignard s'est attaché à déterminer quel agent, dans ces pansements secs, donne les meilleurs résultats. Les drains en caoutchouc constituent le meilleur procédé d'évacuation des produits septiques, mais son action est bien diminuée lorsque, la cavité étant anfractueuse, le drain ne peut être placé au point déclive.

Lorsqu'il est nécessaire de tamponner une cavité ou une plaie pour en assécher toutes les parties, on emploiera avec avantage, lorsque la surface est petite, certaines poudres inertes. Autrement, il faut avoir recours à la ouate ou à la gaze.

La ouate hydrophile absorbe avec une grande puissance, mais elle boit, à la manière de l'éponge, de grandes quantités de liquide en peu de temps, alors qu'il est besoin d'une absorption lente et continue. La gaze, si elle draine mieux, a pour inconvénient de se mettre souvent en bouchon, s'agglutinant et formant un tampon dur, surtout la gaze iodoformée.

M. Vignard, ayant expérimenté les différentes espèces de gazes en usage dans le commerce, donne les conclusions suivantes : absence d'absorption pour la gaze brute, par défaut de décapage, grande absorption pour la gaze ordinaire ; moins grande pour la gaze salolée, moindre encore pour la gaze iodoformée ; mais ces résultats, obtenus avec de l'eau, changent, lorsqu'il s'agit de pus ; on voit là, qu'à part la gaze ordinaire, toutes les autres variétés sont presque égales dans leur peu de pouvoir absorbant. Puis, donc, que les meilleures conditions physiques de drainage des plaies, soit par des mèches, soit en surface, sont assurées par la gaze simple, à condition que les liquides soient d'une densité voisine de celle de l'eau, densité qui est celle des sérosités traumatiques des premiers jours,

elle doit être préférée aux autres variétés de gaze.

Dès que les liquides de la plaie ont une forte viscosité, celle du pus, les drains seuls peuvent en assurer l'évacuation. Ajoutons, pour nous exprimer par chiffres, que M. Vignard a trouvé que le pouvoir absorbant de la gaze ordinaire est cinq fois plus grand que pour la gaze iodoformée, et trois fois plus grand que pour la gaze salolée.

L'huile de foie de morue lécithinée.

Le rachitisme est généralement traité par les bains salés, les frictions alcooliques, le séjour à la mer et le phosphore à l'intérieur.

Toute la difficulté est d'administrer le phosphore d'une façon aisément assimilable et sans risque d'intoxication. On a donné longtemps le phosphate de chaux ou de soude, mais ce sel est à peu près inutile, car il n'est pas absorbé dans l'économie. Les lacto et chlorhydro-phosphates s'absorbent en trop petites quantités. Les glycéro-phosphates sont trop stimulants et énervants pour les petits enfants. Le phosphore est trop toxique, même administré dans l'huile de foie de morue ; mais c'est sous cette forme que le médicament a son maximum d'action.

« Partant de cette donnée, a dit récemment M. *G. Carrière*, à l'Académie des Sciences, dans une intéressante communication présentée par M. le prof. Bouchard, me basant sur ce que l'on sait, à l'heure actuelle, de l'action physiologique de la lécithine sur le développement, la croissance, l'assimilation et la désassimilation, j'ai pensé qu'il était logique d'essayer de traiter les rachitiques par l'huile de foie de morue lécithinée.

« Muggia, en 1898, a déjà obtenu, dit-il, de bons effets de la lécithine dans le traitement de l'athrepsie. Mais jamais, jusqu'à ce jour, on n'a appliqué ce médicament au rachitisme.

« Nous avons employé l'huile de foie de morue blonde, additionnée de lécithine provenant de l'œuf, dans la proportion de 2 gr. 05 de lécithine pour 500 gr. d'huile.

« Depuis le mois de janvier 1901, nous avons traité cinq enfants rachitiques par cette méthode. Nos enfants prenaient, suivant l'âge, 1, 2, 3, 4 cuillerées à soupe d'huile par jour, au moment du repas, de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 de lécithine. Dans ces cinq cas, l'huile de foie de morue lécithinée semble avoir arrêté et guéri la maladie dans un laps de temps de quatre à six mois. Jusqu'à l'heure actuelle il n'y a pas eu de rechute. »

Névralgie intercostale d'origine entéro-colique.

D'après M. le Dr *Jean Feuillet*, les névralgies intercostales peuvent être consécutives à une série de troubles gastro-intestinaux soit aigus (embarras gastriques fébriles), soit le plus souvent chroniques (dilatation de l'estomac, colites, etc.).

Ces névralgies peuvent simuler des cardiopathies, une pleurésie ou une tuberculose au début. L'erreur de diagnostic peut en général être évitée par un examen complet du malade : chez tout malade atteint de douleurs thoraciques, l'examen de l'abdomen est de rigueur.

La pathogénie de ces névralgies est multiple : Elles peuvent être sous la dépendance de troubles circulatoires rachidiens, de phénomènes toxiques (résorptions), mais dans l'immense majorité des cas, elles sont dues à des réflexes transmis par la voie des ganglions sympathiques thoraciques.

Il semble que, dans certains cas, ces névralgies d'origine gastro-intestinale puissent être une cause de prédisposition ; soit aux infections pulmonaires (tuberculose), soit à une déformation (scoliose).

La vision par le radium chez les aveugles.

A l'une des dernières séances de l'Académie de Médecine, M. le Dr *Javal* montre que le radium, découvert par M. Curie, jouit de la propriété singulière d'émettre en permanence des rayons analogues aux rayons cathodiques et aux rayons de Röntgen. M. Giesel a reconnu qu'un sel de radium, lumineux par lui-même, continue à produire une perception lumineuse quand, entre le radium et l'œil, on interpose un écran opaque, un écran métallique par exemple. La présence du radium se manifeste par une lueur qui semble remplir tout le champ visuel. La même lueur générale apparaît encore quand on pose contre la tempe un tube de verre contenant quelques centigrammes de chlorure de radium. (*Gaz. Hebdomadaire*).

M. Javal a fait avec M. Curie quelques expériences avec le radium chez les aveugles ; elles ont permis de constater qu'ils perçoivent ou non la lumière émise par ce corps suivant l'état de leur rétine. Si elle est saine, ils ont une sensibilité lumineuse comparable à celle d'un voyant. Chez un sujet notamment qui était aveugle à la suite d'une ophtalmie purulente des nouveau-nés ayant rendu ses cornées opaques, la lumière émise par le radium était nettement perçue. Si donc, on pouvait rendre la transparence à ses cornées on procurerait à ce malade une vision satisfaisante.

Le gros inconvénient, c'est que le radium est d'une extrême rareté : on le prépare sous forme de chlorure et il n'en existe pas un gramme dans le monde entier.

Traitement d'urgence des hémorrhagies utérines non puerpérales.

D'après MM. L. *Dubar* et G. *Portel*, dans l'*Echo médical du Nord*, deux bons procédés sont à essayer contre les métrorrhagies : l'irrigation d'eau chaude, le tamponnement du vagin.

a) Pour pratiquer les *irrigations d'eau très chaude*, mettez la malade dans le décubitus horizontal en travers du lit, le siège débordant un peu le matelas. Une toile cirée fait gouttière et conduit le liquide de l'injection dans un seau placé à cet effet. Faites, au moyen d'un bock nanti d'une canule en verre, passer une grande quantité d'eau très chaude, six, huit, dix litres d'eau à 45° et 50°. Recommencez ces injections ; deux fois, trois fois par jour et plusieurs jours de suite.

Ces irrigations agissent en amenant une contraction des parois des petits vaisseaux. Elles conviennent surtout aux cas où les tissus sont

riables et où d'autres moyens toniques peuvent déchirer les tissus.

Dans tous les cas, elles suffisent souvent à modérer l'écoulement sanguin ou même à le tarir momentanément, et permettent d'établir le tamponnement dans de meilleures conditions.

b) Tamponnement du vagin. — Il faut se munir d'un spéculum, d'une valve, ou d'une pince longue et de tampons. On peut à la rigueur mettre quelques tampons sans valve ; mais outre que l'on voit mal ce que l'on fait, l'exécution serait difficile : les premiers tampons vont essuyer les mucus, et le vagin devenu râpeux ne laissera plus panser les autres. La malade va souffrir, crier. On se hâtera d'en finir, le tamponnement sera mal fait.

Si on le peut, les tampons seront faits avec de la charpie. Malgré qu'on en ait dit beaucoup de mal, la charpie est le meilleur pansement contre l'hémorrhagie. Mais il faut de la charpie étuvée. Si l'on est à la campagne, une fois la charpie faite, on la met dans le four de la cuisinière, d'où on la retire dès qu'elle commence à roussir. La température (environ 200°) à laquelle elle aura été soumise l'aura débarrassée de tous ses germes. La ouate hydrophile et la gaze iodoformée peuvent également servir, mais elles laissent souvent filtrer le sang.

Les tampons préparés, l'injection vaginale donnée, mettez le spéculum ou la valve, et placez méthodiquement les tampons dans les culs-de-sac, puis progressivement dans le vagin, en tassant légèrement. Replacez la malade dans la position horizontale et recommandez-lui de faire le moins de mouvements possible.

Tout n'est pas fini. Il faut maintenant surveiller attentivement la malade et ne pas laisser trop longtemps le tamponnement en place, quarante-huit heures au maximum.

Car si le tamponnement est un moyen précieux qui arrête parfois l'hémorrhagie d'une façon définitive, il peut avoir ses inconvénients : il facilite l'ulcération des tissus enflammés ou cancéreux. Le sang peut s'accumuler au-dessus des tampons et produire une hémorragie interne. Les tampons deviennent rapidement septiques. Enfin, le tamponnement amène presque toujours de la rétention des urines et des matières fécales. N'abandonnez donc pas une malade à elle-même sur la foi du tamponnement.

c) Un troisième moyen, *l'application de glace ou d'eau froide sur le ventre* est un adjuvant qui peut rendre des services dans certaines hémorragies internes. Celles qui s'accompagnent de tension du pouls, de battements artériels dans le vagin, de sensation d'ardeur, de chaleur, d'éréthisme dans le petit bassin, de douleurs vives, sont dites actives et appellent de préférence l'emploi de la réfrigération abdominale.

L'hémorrhagie persiste malgré le traitement. — *Ce qu'il ne faut pas faire* : c'est d'avoir recours au procédé d'Emmet, qui fait une suture temporaire du col au risque d'avoir une hématométrie ou une hémorragie intra-péritonéale : c'est aussi de tenter la ligature des artères utérines préconisée par Martin : il s'agit là d'une véritable intervention chirurgicale, et alors, autant vaut tout de suite faire une intervention radicale et traiter l'affection même, source de l'hémorragie.

Ce que l'on doit faire, c'est la *dilatation du col*, soit avec des éponges préparées s'il n'y a pas urgence, soit immédiatement par l'incision du col, sans employer les bougies de Hegar, qui ici offensent trop ; l'incision a l'avantage de permettre d'extirper un polype fibreux, s'il se présente. La dilatation ainsi obtenue permet d'atteindre par le tampon intra utérin, par les hémostatiques, la source même de l'hémorragie. Des attouchements par exemple avec une solution concentrée de

Antipyrine................ 5 grammes.
Eau stérilisée............. 10 grammes.

font cesser une hémorragie, que ni le tamponnement, ni les injections vaginales n'avaient pu arrêter.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum antidiphthérique ; ses avantages et ses inconvénients.

Le sérum antidiphthérique de Behring-Roux subit, en ce moment, le sort des choses qui ont provoqué à leur apparition un énorme engouement, un enthousiasme irréfléchi : son étoile pâlit et ses détracteurs prennent de plus en plus d'assurance. Est-ce justifié ? Hâtons-nous de répondre : Non. Cependant, est-ce un remède parfait, infaillible et sans danger ? Non, évidemment non ! Soutenir le contraire serait d'une outrecuidance déplacée et impardonnable, en même temps que ce serait une grossière erreur. D'ailleurs, quel est le remède héroïque qui n'a pas quelques inconvénients graves à son actif? Quinine, salicylate, fer, arsenic, coca et cocaïne, opium, chloroforme, éther, antipyrine, etc. ?

Pourquoi exiger du sérum plus de perfections que des drogues chimiques ou végétales ? C'est injuste et antiscientifique. D'ailleurs, les inconvénients et les dangers des médications viennent souvent des sujets auxquels on les applique (tempéraments extra-nerveux, scrofulo-tuberculeux, alcooliques, dégénérés) ou des personnes qui les appliquent (négligences, malpropreté, insuffisance d'instruction). Nous maintenons, avec M. Roux et l'Académie tout entière, que le sérum anti-diphthérique est un remède merveilleux, doué d'une puissance remarquable, susceptible de sauver bien des existences humaines et sans danger sérieux, pourvu qu'il soit préparé convenablement et injecté avec les précautions les plus minutieuses d'asepsie.

Non seulement, c'est le remède souverain, et à peu près unique de la diphthérie confirmée, mais c'est le plus sûr moyen prophylactique, dont nous disposions pour empêcher la contagion en temps d'épidémie. Dans un récent rapport fait à l'Académie par M. *le Dr Sevestre*, sur les recherches de MM. Netter, Bourges et Bergeron, sur la valeur de ce moyen prophylactique, l'éminent maître de la Pœdiatrie Française a conclu en ces termes.

« 1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste ; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphthérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois

ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares, où, malgré l'injection, la diphthérie était survenue, elle était particulièrement bénigne ;

2° Les injections de sérum sont particulièrement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphthérie, pour préserver de la contagion les autres enfants ;

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital), dans laquelle a été signalé un cas de diphthérie ;

4° Même en l'absence d'un cas de diphthérie constaté, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (rougeole. scarlatine). Toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine, les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées ;

5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces. »

Nous allons d'ailleurs revenir en quelques lignes sur la sérumthérapie de la diphthérie et sur les complications que cette méthode peut amener.

I

Technique de la sérumthérapie antidiphthérique.

Le sérum de Behring-Roux est du sérum de cheval ayant subi des injections progressivement virulentes de cultures du bacille de Klebs-Lœffler ; injecté dans le tissu cellulaire, ce sérum est rapidement résorbé ; il a la propriété de dissoudre toutes les fausses membranes fibrineuses en quelque lieu qu'elles se produisent (gorge, nez, alvéoles pulmonaires, peau, etc.) ; il a, de plus, la propriété de détruire les toxines secrétées par le bacille de Lœffler et de rendre le terrain impropre à la culture de ce microbe. C'est par ces trois mécanismes qu'agit le sérum antidiphtérique.

Avant de le livrer à la consommation, l'Institut Pasteur l'additionne d'une petite quantité de camphre pour en assurer la plus longue conservation. Chaque flacon porte sur son enveloppe de bois la date de sa préparation et contient 10cc : il est bouché de caoutchouc et scellé. Avant de l'utiliser, il est important de vérifier le sceau; le bouchage, la date (trois mois, au maximum, mais, de préférence, un mois seulement) et surtout, le degré de limpidité. Le sérum de bonne qualité doit être transparent et jaune plus ou moins ambré. Il ne faut pas déboucher le flacon avant d'avoir tout préparé (seringue, aiguille et peau du malade et de l'opérateur).

Voici, en effet, quelles sont les précautions à prendre pour les injections de sérum :

Tout d'abord, il faut faire l'asepsie rigoureuse de l'appareil instrumental. La seringue, qui doit être d'une contenance d'environ 20 cc , sera immergée avec son armature métallique dans un récipient contenant de l'eau bouillante ; on aura soin de desserrer un peu les pas de vis de l'armature, afin d'éviter le bris du cylindre du corps de pompe, au moment de la dilatation par la chaleur. Le tube de caoutchouc servant de raccord entre la seringue et l'aiguille, ainsi que l'aiguille à injection, sont également immergés dans l'eau bouillante et bouillis pendant 1/4 d'heure. Quand cette aiguille est en platine iridié, il suffit de la flamber à l'alcool.

Les mains de l'opérateur seront lavées soigneusement au savon, les ongles brossés, puis on rincera le tout au sublimé au millième ; mais on ne les essuiera pas.

La région où l'on doit faire l'injection est généralement la peau de la paroi latérale du thorax au voisinage des fausses côtes, à droite ou à gauche ; cette région est lavée au savon, à l'éther et au sublimé au millième, et essuyée avec un tampon également humide de sublimé.

On débouche alors le flacon de sérum et on charge la seringue, autant que possible sans transvaser le sérum dans un autre récipient (quelques flacons ont un goulot trop étroit pour laisser pénétrer le tube de raccord en caoutchouc jusqu'au fond et force est bien alors de transvaser le sérum dans un verre lavé à l'eau bouillie, pour charger la seringue dans ce verre).

Le malade étant couché sur le côté opposé à la région où l'on a décidé de faire l'injection, on saisit un épais bourrelet de peau avec le tissu sous-cutané, entre le pouce et l'index et on plante d'un coup sec, mais oblique, de façon à ne pas butter sur les côtes et à ne pas pénétrer dans un espace intercostal, l'aiguille en platine iridié préalablement passée dans la flamme bleue et rougie à blanc pour la stériliser. On attend une demi-minute pour voir si le sang ne se présente pas à l'orifice de l'aiguille et on adapte le tube-raccord de caoutchouc et la seringue chargée de sérum.

On maintient le tube de caoutchouc fixé à l'aiguille avec la main gauche et on pousse l'injection lentement en tenant la seringue verticale. Le sérum forme une boule saillante dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on se garde bien de la masser et on retire brusquement l'aiguille avec le caoutchouc et la seringue, en ayant soin d'obturer le petit orifice cutané avec l'index gauche. Un petit tampon d'ouate hydrophile est appliqué sur cet orifice et un badigeonnage collodionné maintient le tout en place hermétiquement clos.

Au bout d'une heure environ, l'absorption est complète et la boule saillante disparaît ; c'est à peine s'il persiste une minime douleur comparable à une contusion.

En ce qui concerne les quantités à injecter ; Chez les enfants au-dessous d'un an, injecter autant de centimètres cubes que l'enfant a de mois.

De 1 à 15 ans, 10 à 20 centim. cubes. Au-dessus de 15 ans, si le cas paraît exceptionnellement grave, on peut d'emblée injecter 30 à 40 centim. cubes, mais en deux piqûres, une de chaque côté du thorax.

Dans les cas de *diphtérie pure bénigne*, une seule injection peut suffire à arrêter le processus infectieux : les fausses membranes tombent, ne se reproduisent pas ; l'état général (*pouls, respiration, température*) redevient satisfaisant.

Dans les cas de *diphtérie pure grave*, si le 2e jour la température se maintient élevée, le pouls fréquent, la respiration gênée, que l'état local ne se modifie pas (*fausses membranes abondantes et tenaces, réaction ganglionnaire intense*), il faut faire une nouvelle injection de 10 à 20 cc. — Le

3e jour, une nouvelle injection de 15 à 20 c. c. peut devenir nécessaire, si l'état ne change pas. La présence de l'albumine dans les urines n'est pas une contre-indication. D'une façon générale, 50 cc. au maximum suffisent pour enrayer l'angine diphtéritique.

Dans les cas de *Diphtérie associée*, où le bacille de Lœffler est associé au staphylocoque ou surtout au streptocoque, le sérum de Roux se montre moins efficace ; aussi doit-on lui associer le sérum antistreptococcique de Marmorek, qui paraît le seconder en modifiant l'état local, sans cependant avoir grande influence sur l'état général. On injecte le sérum antidiphtérique à la dose de 20 c. c., le sérum antistreptococcique, à la dose de 10 cc., renouvelée chaque jour tant que persistent les accidents imputables au streptocoque. Parmi ces derniers, le plus redoutable est la broncho-pneumonie qui vient fréquemment compliquer l'angine.

Dans les *cas de croup*, l'injection peut souvent éviter l'intervention chirurgicale (*tubage ou trachéotomie*). En présence d'un enfant qui a du tirage, ne pas se presser d'opérer, puisque 24 heures sont quelquefois nécessaires pour que le sérum manifeste toute son efficacité ; déterminer depuis combien d'heures ce tirage existe, s'il va en augmentant, et si l'asphyxie n'est pas menaçante, patienter. Si l'intervention chirurgicale est urgente, pratiquer l'injection de sérum comme dans les cas d'angine diphtérique étudiée plus haut.

Traitement local. Le traitement par le sérum exclut tous les traitements locaux qui déterminent un traumatisme de la gorge, comme les caustiques ou les antiseptiques forts : acide phénique, sublimé. Roux conseille les grands lavages, 3 fois par jour, avec un irrigateur rempli d'eau boriquée à 20 p. 1000, ou d'une solution de 50 grammes de liqueur de Labarraque dans un litre d'eau bouillie. On peut pratiquer des attouchements avec de la glycérine salicylée à 5 p. 100 (Martin).

Moyens adjuvants et diététique. Vaporiser dans la pièce où séjourne le malade de l'eau bouillante, pour maintenir une atmosphère humide favorable au détachement des fausses membranes.

Combattre la fièvre par des bains tièdes ou froids.

Alimentation composée de thé, de bœuf, bouillon américain, purées, œufs, lait de poule, peptones. Le régime lacté exclusif est indiqué dans les cas d'albuminurie intense. Toniques : alcool, café, extrait de quinquina, 2-4 gr. En cas d'adynamie et de colapsus : injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel.

Le sérum antidiphthérique n'est pas employé seulement contre la diphthérie ; on l'a conseillé et utilisé avec succès contre l'ozène et la rhinite atrophique à la dose de 15 cc. à 20 cc. tous les trois ou quatre jours ou seulement tous les huit jours, selon les cas.

M. le Dr *Talamon* a obtenu de bons résultats par l'emploi du sérum antidiphthérique contre la pneumonie franche aiguë ; mais, à condition de l'injecter le premier ou le second jour au plus tard. L'action abortive est alors absolument nette et indiscutable ; la dose doit être de 40 cc à 50 cc de sérum par jour, pendant deux, trois et quatre jours.

Peut-être indiquera-t-on, dans l'avenir, une autre application pratique du sérum de Roux ; pour le moment, les résultats qu'il donne sont remarquablement puissants et étendus.

II

Dangers et inconvénients.

Nous arrivons maintenant au réquisitoire fulminant dirigé contre le sérum par ses détracteurs et aux chefs d'accusation qu'ils lui imputent. « Le sérum est une décoction de poisons, un bouillon de toxines, qui vicie le sang et rend l'organisme débile et altéré pour l'avenir : les enfants injectés au sérum en conservent toujours quelqu'empoisonnement prolongé. »

Erreurs et calomnies, préjugés et sottises, voilà comment l'on doit traiter ces grossières invectives. Et d'ailleurs, y a-t-il lieu de s'en étonner ? Le vaccin antivariolique n'en a-t-il pas suscité bien d'autres ? Cependant, tous les gens ne reculent plus aujourd'hui devant la vaccination, en présence des dangers de la variole.

Le sérum antidiphtérique est évidemment une infusion de toxines, mais dont l'introduction dans le sang est parfaitement justifiée par la crainte que la maladie produite par le bacille de Lœffler n'empoisonne mortellement l'organisme de ses toxines mille fois plus virulentes. N'a-t-on pas dit déjà depuis des siècles « De deux maux, il faut choisir le moindre. » ? Il est bien certain que tous les traitements, quels qu'ils soient, sont des maux ou des mauvaises choses, mais ils sont cent fois et mille fois moindres que les maladies qu'ils combattent. Mieux vaut ne pas se servir de sérum, mais qu'est cela auprès des dangers terribles de la diphtérie ?

Voici d'ailleurs ce que peut amener le sérum : 1° Au bout de 5, 6, 8, 10, 15 jours (cela varie), le malade injecté de sérum peut éprouver quelques douleurs articulaires : arthralgies du sérum. Ces douleurs peuvent être vives, mais elles sont toujours fugaces, essentiellement ambulantes, et capricieuses. Elles frappent les pieds, les jarrets, les coudes, les hanches, les épaules, les poignets, le cou, la colonne vertébrale, sans méthode, sans suite. Le meilleur traitement consiste en applications de flanelle chaude imbibée de baume de Fioraventi ou de baume tranquille. Généralement, les douleurs durent de 4 à 10 jours au maximum.

2° Au lieu d'arthralgies, ou plutôt, en même temps que les arthralgies, apparaissent souvent des éruptions plus ou moins polymorphes : tantôt, c'est de l'urticaire pure ; tantôt, c'est de l'érythème rubéoliforme ; tantôt, c'est de l'érythème scarlatiniforme ; tantôt, il y a mélange de plusieurs de ces types.

On conçoit que le diagnostic soit forcément hésitant, en présence de ces phénomènes. La rougeole ou la scarlatine peut très bien apparaître au cours de la diphtérie, même traitée par le sérum. Cependant, il est rare que les symptômes de l'intoxication sérothérapique soient aussi complets : il y a bien l'éruption morbilleuse cutanée ; mais, il n'y a pas les catarrhes, il y a bien l'érythème scarlatineux, mais sans l'angine. En revanche, ces éruptions sont accompagnées de prurit et d'élévation de température (39°, 40°, 41° même). Souvent, aussi, il y a un peu d'albuminurie, de la diarrhée et des vomissements. Contre

ces accidents, il faut naturellement prescrire le repos au lit, le régime lacté absolu et l'application externe d'un antiprurigineux, en lotions :

Menthol	1 gr.
Alcool à 90°	50 gr.
Alcoolat de lavande	100 gr.

3° Enfin, il peut survenir des troubles intestinaux seuls, des coliques avec diarrhée profuse et selles sanguinolentes.

En général, toutes ces complications durent de 6 à 10 jours et ne laissent aucune trace. Malgré toute l'apparence inquiétante qu'elles peuvent revêtir, ces manifestations réactionnelles du sérum équin guérissent toujours, quoiqu'on en dise, à moins qu'un traitement intempestif ne vienne compliquer la situation ou qu'on n'ait injecté avec le sérum quelque malpropreté (érysipèle, tétanos, tuberculose, typhus, peste, etc.) par négligence ou par mauvaise préparation du fournisseur de sérum.

La conclusion doit donc être celle-ci : « Dès que l'on soupçonne une angine ou une laryngite d'être diphtérique, même avant tout examen bactériologique, dès qu'un cas suspect a éclaté dans une famille, n'hésitons pas ; injectons hardiment le sérum, et n'attendons pas les évènements. Au pis aller, le sérum n'entraînera aucune conséquence fâcheuse. »

Dr Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE SCOLAIRE

La tuberculose dans les bibliothèques.

Dans toutes nos écoles existent, plus ou moins importantes, des bibliothèques communales dont les ouvrages sont à la libre disposition de tous les habitants. Ordinairement, en santé, on lit fort peu dans nos campagnes. Il n'en est plus de même en temps de maladie chronique et de tuberculose surtout. Les heures d'oisiveté forcée sont affreusement longues pour les infortunés phtisiques ou coxalgiques. Alors, pour essayer de leur donner un peu de distraction, (ce baume enchanteur !), on court piller la bibliothèque publique. On emporte des tas de volumes, pour lire ou pour choisir, et tous les ouvrages défilent au domicile du tuberculeux. Là, ils séjournent quelquefois fort longtemps, traînant sur le lit, au voisinage, quand ce n'est pas au contact, du mouchoir souillé, infecté, toujours placé à portée de la main, de cette même main qui tient le livre. Joignez à cela l'habitude très répandue devenue parfois une nécessité pour les mains calleuses du rural, de tourner les pages avec les doigts humectés de salive ; joignez à cela les éternûments et les quintes de toux lançant des « postillons » sur le papier. Et, si peu que vous croyiez à la contagion de la tuberculose, vous avouerez que tous ces livres vont constituer un grave danger pour le lecteur qui suivra. Véritable réserve de bacilles dont la vitalité sera conservée dans le séjour obscur, non aéré, chaud et bien souvent humide des rayons poussiéreux de la bibliothèque.

— Voilà le mal. Quel sera le remède ?

— Défendra-t-on de prêter les livres aux tuberculeux ?

Leur refusera-t-on la douce consolation que donne la lecture de pouvoir s'extérioriser de leurs souffrances et de leurs craintes, et de quitter ainsi durant quelques instants la triste et trop navrante réalité, pour se laisser conduire dans le domaine des rêves et des illusions ? Certes, ces heures de bienfaisant oubli sont toujours trop brèves quand on a le bonheur de les voir se réaliser. L'hygiéniste, ce trouble fête, n'a que trop de fois l'occasion de supprimer ce qu'il y a d'agréable et de bon dans la vie, pour se garder de le faire quand ce n'est pas utile. Il faut toujours s'appliquer à combiner l'hygiène avec la charité, et ne jamais sacrifier celle-ci à celle-là sans des raisons majeures et des profits assurés. Or, dans le cas qui nous occupe, l'hygiène ne gagnerait rien au sacrifice de sa douce compagne, la Charité. L'interdiction de prêter des livres à un tuberculeux serait, en effet, une précaution illusoire, si elle était possible. Par voie indirecte, le malade trouverait moyen de se procurer ces livres. Un parent, un ami, serait toujours là pour remplir cet office.

En fait de mesure préventive, je ne fais que citer l'emploi du masque de Frœnkel. Fût-il utile, ce genre de muselière ne sera jamais accepté dans nos campagnes.

Reste donc, en fait de prophylaxie, la désinfection fréquente des ouvrages de nos bibliothèques communales. Cette désinfection peut-elle se faire réelle et efficace ? Ne sommes-nous pas acculés, en voulant l'entreprendre, contre l'obligation de jeter les livres aux flammes et de les détruire, si nous voulons détruire aussi les microbes que ces livres recèlent entre leurs pages ? Ce mode de désinfection efficace des livres n'est-il pas encore à trouver ? Je le crains.

Emploiera-t-on l'étuve ? La chaleur dégradera les livres. Ou, si elle est trop faible, elle n'atteindra pas le but microbicide. D'ailleurs, à la campagne, en fait d'étuve, nous n'avons que le four de nos boulangers dont la température ne sera jamais bien réglée.

Il s'agit donc d'appliquer un antiseptique vaporisable qui ne détériorera pas le livre et dont la portée germicide sera pourtant assez pénétrante.

J'écarte d'abord l'anhydride sulfureux dont le pouvoir décolorant est bien connu.

Dans l'état actuel de la science, le formol seul me semble pouvoir être utilisé pour opérer cette désinfection. Sans doute, le formol n'est qu'un désinfectant de surface n'agissant que sur les souillures superficielles librement exposées au contact des vapeurs. Et il ne faut évidemment pas songer à désinfecter page par page. D'un autre côté, la désinfection serait tout à fait insuffisante si on l'entreprenait sur un livre fermé. Nous sommes donc forcés d'adopter un moyen terme et, pour ce motif, nos précautions ne seront jamais trop méticuleuses si nous désirons aboutir à une désinfection offrant le plus de garanties possibles.

— Voici la méthode à laquelle je m'arrête :

En principe, il faut éviter d'abord les désinfections en masse. Cette désinfection doit être fractionnée, car elle est laborieuse. Les livres seront placés dans un appartement pouvant être hermétiquement fermé et dans lequel, l'opération finie, on pourra produire un fort courant d'air. Chaque livre sera posé debout, ouvert aussi largement que le permettra le maintien de

l'équilibre en cette position. De la sorte, toutes les feuilles tendent à s'écarter les unes des autres. L'adhésion entre elles tend à disparaître. Il n'existe plus le tassement, l'amoncellement que les pages forment entre elles quand le livre est couché, fermé ou même ouvert par son milieu.

Comment obtenir les vapeurs de formol ? Nous ne possédons pas ici un de ces appareils générateurs de vapeurs de formol sous pression. Nous n'avons pas non plus de lampe formogène ; on les dit d'ailleurs insuffisantes. Nous en sommes réduits à exposer dans de grands plats de fortes solutions de formol, à suspendre en grand nombre de volumineuses compresses trempées dans ces mêmes solutions. Après quoi on ferme le local, on tapisse en dehors les fentes de la porte et on laisse en cet état durant plusieurs jours. Enfin, on ouvre largement et on aère.

La désinfection totale opérée, chaque livre qui sortira de la bibliothèque sera, à son retour, remisé dans le petit local, appelé des *suspects*, jusqu'à désinfection prochaine.

Je passe sous silence la désinfection du logis, des rayons et boiseries des bibliothèques qui sont faites d'après des procédés faciles et connus.

Telles sont les mesures que je crois devoir adopter à la campagne. Je ne me dissimule pas leurs points faibles et combien elles sont critiquables. Quatre mots m'excuseront peut-être : *pro optimo, minime malum.*

Dr Degrave à Lagrasse (Aude).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire.

A la suite de l'appel que nous avons adressé aux médecins, il y a 3 mois environ, mon ami Le Gendre et moi, nous avons reçu assez rapidement une centaine d'adhésions dont quelques-unes assez longuement motivées. Il me paraît intéressant de faire connaître les passages les plus caractéristiques de quelques-unes d'entre elles. Si cette publication pouvait nous attirer d'autres communications semblables, ce serait bénéfice pour le comité de la Ligue des médecins et des familles et cette consultation serait certainement de nature à hâter la réalisation des réformes portées à son programme.

Je laisserai complètement de côté la question du grec soulevée dans mon premier article de la *Presse médicale*. Le projet Leygues-Ribot sera sans doute mis en pratique dans les lycées au mois d'octobre prochain et les pères de famille auront le choix entre les études purement classiques, les études latino-modernes, latino-scientifiques et purement modernes. Le baccalauréat, équivalent pour les quatre branches, ouvrira également toutes les carrières libérales : l'expérience comparative pourra donc se faire largement sans que soit compromis l'avenir des enfants.

On pourra un autre jour poser ici ce problème : quel programme d'enseignement secondaire convient le mieux à des jeunes gens qui se destinent à la médecine ?

L'éminent philosophe M. Fouillée, dans un récent article inséré dans la *Revue scientifique*, a fait un chaud plaidoyer en faveur des études classiques gréco-latines. Pour lui, un médecin doit avoir appris le grec et le latin et avoir fait des humanités suivant la formule ancienne. Sans cela, il ne comprendrait pas certains problèmes philosophiques ; en théorie et en pratique, il serait inférieur par sa culture intellectuelle à celle de certains milieux ; il n'aurait pas l'entendement suffisamment ouvert, l'esprit assez délié, il serait un moins bon médecin, pour tout résumer d'un seul mot. Cette conception me paraît erronée, et, pour mon compte personnel, je crois qu'il y aurait bénéfice considérable, progrès très grand pour le développement de l'intelligence, à supprimer l'étude des grammaires grecques et latines, le travail à coups de dictionnaire, qui prennent *inutilement* les trois quarts du temps au cours des études classiques. Je suis fermement convaincu qu'avec des méthodes d'enseignement égales ou supérieures, avec des maîtres aussi dévoués que les professeurs des humanités classiques, on arriverait à des résultats très supérieurs à ceux que l'on a obtenus jusqu'à présent dans l'enseignement gréco-latin. Quelle nécessité y a-t-il de recourir aux textes pour s'approprier la moelle des littératures anciennes? Avec le temps consacré à ne pas savoir le latin et le grec, que de temps on gagnerait pour la culture vraie de l'esprit et pour le développement intégral et parallèle des muscles et du cerveau ! Pour apprendre sa langue à fond, en apprécier les nuances et les finesses il faut absolument la comparer à une langue étrangère, il faut faire des traductions. Eh bien ! on les ferait d'allemand ou d'anglais en français !

Je m'arrête, ne voulant pas me laisser entraîner. Un autre jour, je traiterai la question en entier, pour mon compte personnel, du reste, et sans entraîner nullement la responsabilité de la *Ligue des médecins et des familles* qui entend laisser toute liberté aux parents dans le choix des études et ne pas leur imposer tel ou tel programme.

Tout d'abord deux lettres venues de Rouen :

Le Dr Brunon, directeur de l'Ecole de médecine, écrit ceci : « Le surmenage scolaire résultant de la surcharge des programmes et des méthodes actuelles est, sans aucun doute possible, une cause de danger pour la santé des élèves des établissements d'enseignement secondaire.

« Je pense, et depuis longtemps déjà, qu'avec l'intention de faire des bacheliers, on prépare des névrosés et des tuberculeux.

« Les plus jeunes élèves, les *petits*, sont mis en face de devoirs latins beaucoup trop difficiles pour leur intelligence. Ce sont des rébus qu'on leur pose tous les jours devant les yeux.

« Les élèves plus âgés, les *moyens*, sont surchargés de devoirs et de leçons. Le temps est divisé de telle manière qu'un professeur ne se préoccupe pas des devoirs donnés par ses collègues. Ils n'ont pas deux heures d'activité physique par jour.

« Chez les *grands*, surcharge encore plus grande, et, de plus, préoccupation déprimante du Baccalauréat. — Loterie pour la fin de l'année.

« Cet état de choses est lamentable. Tous les médecins ont pu constater que, dans le mois d'août et le mois de novembre, après les épreuves du baccalauréat, un certain nombre de jeunes gens présentent des accidents quelquefois in-

quiétants de nervosisme, d'anémie et de dyspepsie qui peuvent conduire à la tuberculose ».

Le Dr Cerné, chirurgien et professeur à Rouen : « Je crois au surmenage scolaire, sinon comme cause de mortalité immédiate, au moins comme obstacle au développement régulier physique et intellectuel de l'enfant, car les deux modes sont inséparables.

« Ce surmenage reconnaît deux causes :

« 1° On a peu à peu introduit dans l'enseignement secondaire, des enfants de plus en plus jeunes qui devraient suivre des études primaires, où le temps de travail journalier est un peu moindre ; 2° Il vient *surtout* de la méthode détestable, absurde, de l'enseignement secondaire dans les premières années. On n'a peut-être pas en réalité surchargé les programmes, on les a multipliés. On veut apprendre à la fois à l'enfant les choses les plus hétéroclites, en sorte qu'on ne lui fait absorber que des éléments incomplets et indigestes, sans aucune continuité, en sorte que les matières d'années successives n'ont souvent aucun lien, ce qui amène nécessairement l'oubli rapide de toutes. Il semblerait que des études secondaires ne devraient être entreprises qu'après des études primaires. Il n'en est rien.

« Les premières années de l'enseignement secondaire ne comprennent pas de langues mortes, il est vrai, mais elles diffèrent totalement des études primaires par les programmes et les méthodes. Elles embrassent une foule d'objets, et comme des bambins de 7 à 8 ans ne savent encore rien, ils n'apprennent pas ce qu'on apprend si bien dans notre admirable enseignement primaire : l'écriture, l'orthographe et le calcul. Au Lycée, une heure de calcul *par semaine* : à l'école primaire, une heure *par jour*. Il s'ensuit, tout le monde l'avoue, qu'à quinze ans la plupart des lycéens écrivent comme des chats et ne font pas proprement une multiplication ou une division, alors qu'à 10 ou 11 ans les élèves des écoles primaires un peu intelligents savent l'arithmétique élémentaire tout entière. N'est-ce pas honteux ? Et comment asseoir des études secondaires sur de telles bases ?

« D'ailleurs, on ne peut pas faire d'études primaires convenables avec les méthodes de l'enseignement secondaire. Le jeune enfant n'apprend qu'en *classe* ; il faut qu'on lui explique tout, qu'on lui donne la becquée ; son travail personnel, en dehors des classes, se doit réduire à peu de chose ; dans l'enseignement secondaire, la classe ne dure pas assez de temps et les heures d'études sont beaucoup trop longues.

« Je ne m'éloigne pas de l'idée de surmenage cérébral, car je crois que tout cela y contribue fort. On force l'enfant à réfléchir et à raisonner sur des matières trop diverses à un âge où il ne faut que faire assimiler à son jeune cerveau des aliments simples et de digestion facile. Et je suis persuadé que c'est alors que le surmenage a le plus d'importance ».

M. le Dr Manquat, de Nice, est également d'avis que le surmenage scolaire existe et qu'il est particulièrement dangereux chez les tout jeunes enfants. « J'ai la conviction absolue que le surmenage scolaire est un danger pressant, et je m'occupe depuis quelques mois déjà à réunir des documents qui le prouveront sans réplique... Pour l'instant, je me borne à signaler que les études commencent beaucoup *trop tôt* ; l'enfance est déséquilibrée par des études trop précoces.

« Il y a certainement surmenage cérébral par des programmes trop chargés, dit le Professeur Carrieu, de Montpellier, mais il y a surtout encombrement cérébral et perte de temps par le fait de méthodes intellectuelles. »

L'application du projet Leygues-Ribot va amener un remaniement des programmes : aux pères de famille et aux médecins il appartiendra de veiller à ce que les mêmes fautes ne soient plus commises.

« Je suis absolument convaincu, dit le Dr Adler, que le surmenage qui résulte de la surcharge des programmes et *surtout* des méthodes actuelles d'enseignement est une cause de danger pour la santé des élèves. J'ai eu, par hasard, ces jours-ci, l'occasion d'assister à la sortie des externes du Lycée Saint-Louis et j'ai été épouvanté de voir ce que sont actuellement les enfants de 16 à 18 ans, amaigris, voûtés, portant sur leur visage blafard et tiré comme un masque de tristesse sénile ; ils manquent de vie. »

Je m'en tiens là de ces citations, que j'aurais pu multiplier, mes correspondants étant d'accord sur l'existence et les dangers du surmenage scolaire et le grave inconvénient de l'éparpillement des efforts intellectuels.

Le Dr A. Vulpian signale particulièrement la fréquence de la myopie qu'il attribue au mauvais éclairage des salles de classes et d'études, et à l'impression en caractères trop fins des livres classiques. Cet exemple montre bien que l'action du médecin serait multiple et que son intervention devrait se faire sentir de bien des côtés différents.

Pour terminer, une amusante lettre du Dr M..., qui montre le médecin père de famille faisant dans sa maison ce que le médecin devrait faire d'une façon ouverte, large et officielle dans l'Université toute entière.

« A moi tout seul et de ma propre autorité, je me charge d'élaguer ce qui me gêne dans les programmes journaliers d'études de mes enfants. Vous allez voir comment.

Je dois d'abord vous dire que j'ai deux descendants directs, dont l'un, bientôt onze ans, suit les cours du lycée X..., dont l'autre, treize ans passés, reçoit la manne intellectuelle au lycée Y... (les deux premiers lycées de France, affirment-ils d'un air convaincu !).

Je me suis payé pour 1 fr. 25 un programme complet des études classiques, afin de déjouer dans la mesure du possible les petites carottes que l'on pourrait me tirer. J'exige un carnet de correspondance signé par les professeurs, contresigné par moi, chaque jour.

« Toutes ces précautions prises, et l' « emploi du temps » dicté par le professeur étant affiché dans la chambre des enfants, j'ai examiné pendant de longs mois, à la rentrée de la classe, la liste des devoirs et leçons donnés pour la ou les classes suivantes, et je suis arrivé à cette conclusion qu'il est matériellement impossible à un élève, même bien doué, de remplir consciencieusement et complètement le programme tracé, même pour des classes moyennes — car je ne parle ni de la rhétorique ni de la philosophie — sans sacrifier une plus ou moins grande partie du temps destiné aux récréations ou sans prendre sur le sommeil.

« Ceci bien établi, lorsque je surprends chez un des « jeunes élèves » le moindre signe de lassitude vraie, de fatigue réelle pouvant être imputé à la surcharge des programmes, j'interviens et je n'hésite pas à dire : « Tu as assez travaillé pour aujourd'hui ; repose-toi ; joue, lis, dors, va prendre l'air au Luxembourg, fais ce que tu voudras. » Ou bien : « Ce soir, ou demain, tu n'iras pas au lycée. Si tu as des textes en retard, ou une carte à faire, profites-en pour te mettre à jour ou t'avancer. »

« Les enfants se rangent généralement très vite à mon avis ; la maman fait bien quelques objections en apparence justifiées, mais on sent que c'est pour la forme....

« Régulièrement, le lendemain, un petit mot du censeur avertissant que l'élève Untel n'a pas assisté à telle classe de tel jour, et demandant le motif de l'absence.

« Il se peut malheureusement que la cause de cette absence soit une maladie longue et grave — et cela m'est, hélas ! arrivé — mais lorsque je retiens un enfant à la maison pour cause de lassitude, je me borne à répondre le plus souvent : *Fatigue ; mal de tête ; léger embarras gastrique.* Parfois, n'était le respect dû à l'*Alma Mater*, il me prend l'envie d'écrire. *Simple envie de flâner*, ou bien : *Cela embête le jeune homme d'avoir tant de devoirs et de leçons ; alors je les supprime pour aujourd'hui. Autant de gagné pour ses méninges, sinon pour le repos de la maison.*

« Notez bien qu'avec ces procédés de pédagogie si simples et si commodes, mes petits universitaires ne réussissent pas plus mal que les camarades. A preuve qu'à l'instant même, ils reviennent tout gaillards de la Saint-Charlemagne, où on leur a, paraît-il, versé du Pomerol et du Champagne, et qu'ils sont assez coutumiers de ces agapes annuelles.

« J'ajoute que, selon moi, les vacances doivent être des vacances, et non une continuation des études.

« Aussi j'exige que les deux mois qui y sont consacrés se passent à la mer ou à la campagne, et que les enfants y mènent une vie de poulains échappés. Il faudrait voir, à la rentrée d'octobre, ces mollets au brou de noix, et ces mines rosées, que quelques mois de Paris suffisent, hélas ! à pâlir.

« Enfin, je suis partisan déclaré de l'externat, et je le prouve par l'exemple.

« Donc, j'estime avec vous qu'il y a lieu d'alléger les programmes et de modifier les méthodes actuelles de l'enseignement secondaire, dans l'intérêt de la santé des élèves. »

Ce que fait le docteur M...., chez lui, en contrebande, devrait être fait par les Professeurs eux-mêmes. Ils devraient savoir reconnaître chez leurs élèves les signes de fatigue et de surmenage ; ils éviteraient ainsi de menacer ou de punir comme paresseux des élèves fatigués. Ils ne leur inspireraient pas, par indigestion cérébrale, l'anorexie intellectuelle pour les chefs-d'œuvre de l'esprit humain devenus matière à pensums.

En leur laissant le temps voulu pour le repos de leurs cellules cérébrales en voie de formation, en menant de front, en dirigeant avec un égal souci le développement physique et intellectuel, ils en feraient à vingt ans des hommes d'esprit et de corps vigoureux munis de notions claires et larges sur l'ensemble du savoir humain, plus instruits sur quelques-unes de ses branches, des hommes pondérés, mûrs pour la réflexion, et actifs.

Et les médecins des établissements scolaires ne seraient pas amenés à s'écrier comme l'un de nos adhérents les plus distingués et les plus connus pour sa science et son dévouement aux œuvres humanitaires : « Je suis depuis 20 ans médecin d'un grand lycée ; et j'en ai vu des catastrophes ! »

Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association des médecins du département d'Alger

(Extrait du procès-verbal de la séance du 18 janvier 1902).

Après l'adoption des comptes du trésorier et l'exposé des actes du Bureau, M. le Dr Trolard a la parole sur l'évolution qui vient de s'accomplir dans l'Association générale.

Nous ne reproduisons que la partie de son discours qui contient l'appréciation de l'œuvre déjà si considérable du *Concours médical.*

Ce nous sera l'occasion de remercier MM. Trolard, Verhaeren, Curtillet, etc... et tous nos confrères d'Algérie, de la sympathie qu'il nous ont toujours témoignée et de l'active collaboration qu'ils nous ont fournie dans une propagande parfois agrémentée de quelques bonnes petites luttes.

M. *Trolard.* — Notre président nous a énuméré tout à l'heure les conditions nouvelles dans lesquelles nous nous trouvons au sujet de la retraite. Permettez-moi de vous rappeler que nos premières discussions avec le Conseil de Paris sont venues du refus systématique opposé à nos propositions de fonder les œuvres de prévoyance prévues dans nos statuts, notamment une caisse de retraite. Or, cette caisse de retraite existe aujourd'hui et dans les conditions que nous avions déterminées. En effet, avions-nous dit, ou l'Association créera elle-même une caisse de retraite, ou elle s'entendra avec une caisse déjà existante, à laquelle elle apportera son concours moral et financier, s'engageant en outre à aider de ses fonds ceux d'entre nous qui ne seraient pas en état de faire face aux échéances. Eh bien ! Messieurs, c'est absolument ce qu'a décidé l'Association, après de nombreuses années de réflexions. Ce n'était pas la peine de nous avoir mis à l'index à cause de nos propositions subversives, d'avoir conspué votre délégué sous un prétexte quelconque et d'avoir fait traiter l'auteur des propositions de « décrocheur de lune » par un éminent médecin de Lyon. Il n'était peut être pas inutile de rappeler ce petit fait, dont nous n'avons pas à tirer vanité, mais dans le but de montrer que, dans une Association comme la nôtre, on ne doit pas repousser de parti pris les propositions, dussent-elle paraître des plus fantaisistes.

C'est à la caisse des retraites fondée par le

Concours médical que s'est affiliée l'Association générale. A ce sujet, qu'il me soit permis de saisir l'occasion qui se présente d'adresser au fondateur du *Concours*, au Dr Cézilly, mes plus vives félicitations et de vous proposer d'y joindre les vôtres. M. Cézilly, aidé de quelques collaborateurs dévoués, a fait ce que la puissante et riche Association n'avait pas su ou pas voulu faire. Parmi les œuvres d'assistance qu'il a créées, en dehors de la *Caisse de retraite du Corps médical français*, il a fondé la Société du *Sou médical*, œuvre très remarquable et très pratique. Grâce à une contribution minime, tout médecin qui en fait partie est assuré du concours moral et financier de la Société dans tous les procès qui lui sont intentés ou qu'il intente, dans les démarches administratives qu'il a entamées pour se faire rendre justice, pourvu que l'intérêt général soit en jeu. Même lorsqu'il s'agit d'affaires privées, s'il doit en découler une décision d'intérêt général, la Société intervient. Le nombre d'affaires dans lesquelles elle est intervenue en 1901 est très suggestif. Je ne saurais trop engager mes collègues à en faire partie ; si je n'étais d'un âge aussi voisin de la retraite et si je pratiquais la médecine, je prêcherais d'exemple. En présence de la formidable coalition qui menace de toutes parts, aussi bien du côté de l'Etat, que des départements, que des communes, que des Sociétés de toute nature, qui menace, dis-je, le Corps médical, le médecin ne doit pas rester isolé et désarmé. Le *Sou médical* lui apporte son appui et lui fournit toutes armes pour se défendre efficacement.

M. *Verhaeren*. — En ce qui concerne le *Concours médical* et ses œuvres filiales, je puis d'autant mieux confirmer les paroles de M. Trolard, que je suis personnellement membre du *Concours médical*, de la *Financière médicale*, de l'*Amicale*, du *Sou médical*, et que, n'ayant eu qu'à m'applaudir de mon affiliation à toutes ces œuvres, je ne saurais trop engager tous nos collègues à faire comme moi.

Les propositions de M. Trolard sont adoptées à l'unanimité. Le bureau est chargé de les transmettre à M. Lannelongue et à M. Cézilly.

Election du bureau pour 1902. — Président : M. Bordo ; vice-présidents : MM. Moreau et Rey ; secrétaire général : M. Verhaeren ; secrétaire adjoint : M. Bourlier ; trésorier : M. Grosclaude.

Commission administrative. — Alger : MM. Curtillet, Denis, Deshayes, Sabadini, Vincent.

Département : MM. Battarel, Bouderba, A. Martin, Moutet, Soulié.

Commission des finances. — MM. Hanoune et Marini.

La séance est levée à 7 heures.

Le secrétaire général
Dr Verhaeren.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Incident Doyen-Legrain. — Nos lecteurs se souviennent de la lettre publiée par ce dernier dans la *Tribune médicale*, lettre que nous avons reproduite à l'avant-dernier numéro.

Quoique n'ayant reçu aucune demande de rectification, nous tenons, par pur souci d'équité, à faire savoir que l'auteur de la lettre a reconnu que son allégation était en majeure partie erronée. Cette constatation a mis fin à l'incident.

Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris. — Le Comité du Centenaire adresse un dernier appel à tous les membres du Corps médical pour leur demander de lui envoyer les documents pouvant aider à la rédaction du Livre du Centenaire.

Les souvenirs personnels ou traditionnels concernant le rôle joué par les Internes dans les grands évènements qui ont marqué le cours du siècle (Révolutions, émeutes, coups d'Etat, grandes épidémies, guerre de 1870, guerre russo-turque, etc...) présentent un intérêt tout particulier, et les collègues qui possèderaient des documents sur ces différentes époques sont instamment priés de les faire parvenir avant le 10 mai à M. le Docteur Durand-Fardel, secrétaire général du Centenaire, 129, Faubourg St-Honoré.

Maladies nerveuses et mentales. — Hypnotisme. — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le lundi 21 avril, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications psychologiques, cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme*.

Il continuera les lundis et jeudis suivants à cinq heures.

La loi sur les jeux en Belgique.— La Chambre des Députés vient enfin d'adopter l'ensemble du projet de loi sur les jeux, tel qu'il avait été amendé par le Sénat :

Ce projet, voté par 93 voix contre 17, consacre définitivement la suppression des cercles de jeux en Belgique, et s'applique particulièrement à Ostende et à Spa.

Hôpitaux et Facultés.

Un cours pratique de séméiologie clinique et de petite chirurgie commencera le lundi 26 mai à 5 h. à l'hôpital Necker sous la direction de M. Mouchet, chef de clinique. Il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Le cours comprendra 12 leçons qui seront suivies de l'examen des malades et de démonstrations.

Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le lundi 2 juin, à 2 h. à l'amphithéatre des hôpitaux, sous la direction de M. Macaigne, chef de laboratoire.

Concours des hôpitaux (chirurgie) : Epreuves cliniques, séance du 21 avril, MM. Mouchet, 19 ; Ombrédanne, 17 ; Delbet, 11.

Séance du 25 avril, MM. Dujarier, 19 ; Cunéo, 19 ; Guibé, 15.

Séance du 26 avril, MM. Herbet, 18 ; Lapointe, 20 ; Wiart, 17.

Séance du 29 avril, MM. Fredet, 17 ; Veau, 15 ; Robineau, 16.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4817. — M. le docteur Cotar, de Vichy (Allier), présenté par MM. les docteurs Rossignol, de Mornant ; Clerc, de Vichy, et Cochery, de Paris.

N° 4818.— M. le docteur Boëlle, des Montils (Loir-et-Cher), membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Loir-et-Cher, et du Sou médical.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Sauve, de Vidauban (Var), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUESTIONNAIRE

visant les réformes à apporter aux règlements des études médicales.

Après l'étude faite l'année dernière, en ce journal, sur les causes et les remèdes de l'encombrement professionnel, il a été constaté que le régime des études médicales pouvait, s'il était modifié, apporter sa part d'efforts utiles aux améliorations que nous poursuivons. M. le Pr Mayet (de Lyon), venant de prendre l'initiative d'une enquête sur les moyens de rendre plus fructueuses et plus complètes les études qui font le bon praticien, nous prions instamment nos lecteurs de répondre sur la feuille ci-contre au questionnaire qu'il a établi et dont ci-dessous la teneur. Nos confrères nous pardonneront de les obliger à collaborer ainsi sans cesse à tous nos efforts : nous ne voulons, ni ne pouvons nous passer de leur concours direct dans les questions d'intérêt général.

(1) L'année d'études consacrée à la préparation de l'examen dit du P. C. N. ne peut-elle être rendue plus fructueuse en ajoutant des notions anatomiques et physiologiques élémentaires aux matières qui y sont enseignées, sauf à retrancher toutes les parties de l'histoire naturelle, de la physique et la chimie qui n'ont pas d'application à la médecine ?

(2) Quel est le moyen qui permettrait d'obvier à l'état de choses actuel qui fait que tout élève, le moins intelligent, le moins travailleur, comme les autres, arrive avec le temps à être reçu, même après un grand nombre d'ajournements et avec la note minima ?

(3) Faut-il opposer une barrière aux incapables en décidant que tout candidat qui, après un ajournement avant les vacances, ne peut obtenir à la rentrée que la note *médiocre* ou *passable* à l'examen du P. C. N. sera éliminé définitivement ?

Y a-t-il lieu d'opposer une autre barrière aux incapables après une ou deux années d'étude ?

(4) N'y a-t-il pas lieu de prolonger la scolarité médicale proprement dite d'une année, en outre de l'année consacrée au P. C. N., et de la porter à cinq ans en distribuant en conséquence les matières de l'enseignement, soit celui donné par les professeurs, soit celui donné par les agrégés, dans des cours complémentaires et propédeutiques élémentaires ?

(5) N'est-il pas nécessaire d'obliger strictement les élèves à faire de la clinique dès le début et pendant toute la durée des études, cinq ans au lieu des trois années prescrites actuellement, de leur imposer au moins neuf mois complets de stage par an, et de les obliger au stage pour les spécialités (ophtalmologie, syphiligraphie et dermatologie) avec examen particulier ?

(6) N'y a-t-il pas utilité, nécessité même, dans toutes les villes, sièges d'Ecoles ou de Facultés, où le nombre des malades hospitalisés le permet, à adjoindre un service d'hôpital aux cours de pathologie interne, pathologie externe, pathologie générale, anatomie pathologique et thérapeutique pour application des démonstrations sur le malade à ces enseignements divers ?

(7) La distribution actuelle des examens aux diverses époques de la scolarité doit-elle être maintenue, malgré le grand inconvénient de la préoccupation du plus proche examen, qui fait que l'étudiant néglige toutes les matières qui n'en font pas partie, et l'oubli complet au moment de la fin des études de ce qui a fait l'objet des premiers examens ?

(8) Ne serait-il pas avantageux de revenir aux règlements en vigueur il y a trente ans, qui donnaient de bien meilleurs résultats au point de vue de la solidité de l'instruction, tous les examens étant passés à la fin de la scolarité ?

(9) Comme complément de la mesure précédente et alors même qu'elle ne serait pas adoptée, n'est-il pas indispensable, pour assurer le travail régulier et l'assiduité aux cours, de rétablir les examens de fin d'année avec deux sessions, une en juillet et une en octobre, et nécessité pour les ajournés à cette dernière de redoubler l'année scolaire écoulée ?

(10) N'y a-t-il pas lieu de rendre la thèse facultative pour les étudiants qui veulent être exclusivement des praticiens et de ne la maintenir obligatoire que pour ceux qui se destinent à l'enseignement ou aux recherches scientifiques ?

(11) N'y a-t-il pas lieu d'étudier une réorganisation des travaux pratiques restreignant, pour ceux qui veulent se destiner spécialement à la médecine pratique, ce qui ne lui est pas applicable ?

(12) N'est-il pas indispensable de rendre beaucoup plus sérieuses les épreuves du cinquième examen et d'étudier les moyens pratiques d'éviter que les candidats connaissent d'avance le diagnostic porté sur les malades qu'ils auront à examiner ?

N'y aurait-il pas lieu d'accroître, en cas de nouvel échec, le délai d'ajournement à cet examen actuellement de six semaines ?

(13) Ne serait-il pas utile de faire finir l'année scolaire le 30 juin au lieu du 31 juillet, en fixant la rentrée au 1er octobre au lieu du 1er novembre, afin d'éviter d'imposer aux professeurs et aux élèves les efforts les plus pénibles pendant les chaleurs de juillet et de profiter des conditions favorables au travail en automne ?

(14) N'y a-t-il pas urgence à étudier les moyens légaux d'obvier à l'encombrement de la Faculté de médecine de Paris, principal obstacle à l'établissement d'un bon règlement des examens et à l'instruction sérieuse de la majorité des médecins en France, l'enseignement remarquable et hors de pair des Maîtres de Paris, ne profitant qu'à une élite peu nombreuse relativement et la majorité des jeunes gens, élèves peu travailleurs, étant attirés à Paris, non pas par le désir de s'instruire, mais par l'attrait des plaisirs qu'on y trouve ?

RÉPONSES

Prière de suivre l'ordre des questions et d'en reproduire le numéro avant la réponse.— Adresser ensuite : Concours médical, 23, rue de Dunkerque, Paris X^e^. — Joindre à l'envoi, si possible, les documents que nous demandons par l'avis de la première page, touchant le tarif d'assistance chirurgicale du département prévu par la loi accidents.

Réponses *(Suite)*

SIGNATURE, DATE, RÉSIDENCE

Vingt-quatrième année. N° 20 17 MAI 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Constatations diverses.

A. — Nos honoraires devant les tribunaux.

C'est un sujet toujours d'actualité.

Les magistrats de la Seine sont mis sur les dents, à cette heure, par nos instances en recouvrements d'honoraires : aussi, ne perdent-ils pas leur temps à se demander la raison d'être de nos chiffres, et ils jugent avec une fantaisie désopilante.... pour la galerie, sinon pour les intéressés.

« *Affaire Albarran contre épicier X.* — 6.000 fr. « d'honoraires ? — Peste, c'est ce que je gagne en « 6 mois, se dit le juge ! Ces gens-là nous met« traient sur la paille en sauvant la vie de nos « femmes et de nos filles. — Greffier, écrivez : « Attendu, etc., etc., (ceci importe peu), hono« raires 2500 fr. Allons-y de notre petite ampu« tation : nous aussi nous savons pratiquer une « intervention magistrale ! »

« *Affaire Dr X contre Mlle R., écuyère.* — 35 mas« sages du pouce, à 20 fr. l'un, 700 fr. d'honorai« res. — Massages du pouce, oui (j'ai bien lu), « du pouce ! rien que du pouce !! Pauvre petite ! « — Allons, allons ! greffier, inscrivez : (*Voir la « formule plus haut*) Honoraires : 350 fr. et à ce « prix là, je masserais du matin au soir des pouces « d'écuyère. Du matin au soir (*à part*) hum ! « j'exagère peut-être. Passons. »

« *Affaire Dr V. contre Mlle Cassive.* — 157 séan« ces de massage et électrisation, à 20 fr. l'une : « honoraires 3140 fr. Vingt francs par séance ! un « louis ! étrange ! toujours ce chiffre d'un louis ! « qui réclame ce louis ? Est-ce Mlle Cassive ? — « Non, je me trompe, mais aussi, tout est changé ; « de mon temps, c'était le contraire. — Allons, « nous disons : séances de massage, (de massage « général, en l'espèce), à la *Dame de chez Maxim* « (oh !), et au nombre de 157 ? — Oui, oui, tra« vaux d'Hercule, cela vaut 20 fr. indubitable« ment. Greffier, inscrivez : Attendu, etc... note « très modérée, honoraires : 3140 à faire payer « intégralement ».

Cet extrait du rôle du mois dernier n'est peut-être pas aussi fantaisiste qu'on pourrait le croire.

Ah ! nos intérêts sont entre bonnes mains. N'empêche que nous aurions droit de préférer un peu plus d'expertises basées sur un tarif rationnel comme celui du *Concours*.

Moins de gaieté, plus de compétence : la Justice y gagnerait en bonne réputation ; et elle en a besoin.

B. — Pour exercer la médecine dans nos Colonies.

De récents articles émanant d'hommes compétents ont montré à nos lecteurs que nos possessions d'outre mer seraient peut-être à même de fournir prochainement quelques débouchés à de jeunes docteurs, réduits, sans cela, à augmenter l'encombrement sur le sol de la mère patrie. Madagascar, l'Indo-Chine, la Tunisie s'entr'ouvrent déjà : quelqu'un de très qualifié parlait même récemment, dans la *Médecine moderne*, du rôle utile que jouerait le médecin pour la pénétration, bien comprise et méthodiquement menée, de nos intérêts au sein de cette civilisation très fermée que représente l'Empire Chinois.

Mais il serait absurde de voir nos jeunes confrères se lancer, sans préparation, dans un exode de ce genre.

Le bagage à constituer pour eux vise bien d'abord une accommodation à une existence un peu spéciale, et ils ne seront guère en mesure de le composer que sur les lieux même. Mais il comporte surtout l'acquisition préalable de connaissances très diverses dans la pathologie, assez spéciale aussi, qui sera l'adversaire de tous les jours.

C'est donc le moment de leur rappeler qu'à l'instar de ce qui s'est fait en Angleterre et en Allemagne, la Faculté de Bordeaux a ouvert, l'année dernière, et organisé d'une façon très complète, cet enseignement préparatoire indispensable que couronne l'obtention d'un diplôme (nous ne disons pas d'un grade) de médecin colonial.

Cette création n'est pas une ébauche encore hâtive ; c'est une institution bien mûrie, et qui a déjà subi le contrôle de l'expérience et du fonctionnement, puisque sur vingt-six candidats ayant suivi la période d'enseignement du 2 décembre 1901 au 8 février 1902, dix-sept ont obtenu le diplôme recherché.

A tous ceux qui, dès les bancs de l'Ecole, auraient l'idée bien compréhensible de chercher à se créer une situation dans nos possessions d'outre-mer, nous recommandons le cours préparatoire de Bordeaux au sujet duquel le Secrétaire de la Faculté est prêt à les renseigner.

Nous leur donnerons, d'autre part, dans un des prochains numéros, les conseils inspirés par un *praticien* qui a longtemps vécu de la vie dont ils rêvent, et sous diverses latitudes.

C. — Le téléphone médical à bon marché.

La *Revue médicale* se dit tout....... étonnée d'apprendre que, par faveur spéciale due aux démarches de notre nouveau Doyen près de M. Mougeot, les professeurs de la Faculté de médecine vont payer à moitié prix l'abonnement du téléphone.

Nous ne pouvons, nous, que féliciter les bénéficiaires de cette faveur, mais nous ne nous chargeons pas de donner à notre confrère l'explication plausible qu'il recherche, sans la trouver.

Ne s'agit-il pas là d'un canard électoral ?

On en voit d'un plumage si drôle, en cette période, que, jusqu'au jour où nous tiendrons l'explication de cette largesse budgétaire, nous serons encore tentés de croire qu'on a voulu mystifier le Dr Archambaud, ce qui n'est pourtant pas chose facile.

Car, en fin de compte, pourquoi les professeurs de la Faculté de médecine ? A cause de l'hôpital ? Mais alors c'est tout médecin d'hôpital qu'il faut dégrever de cette charge. A cause des réunions ou actes du Conseil ? Mais pourquoi pas dans les autres Facultés ? Etc.

Quelqu'un nous insinue que c'est parce que nos Maîtres sont médecins des ministres et des *grosses légumes* administratives. Et alors, raison d'Etat, sécurité générale, etc....!!

Cette hypothèse en vaut une autre (qui ne vaudrait pas cher) ; produisons-là. On fait ce qu'on peut, et il est des cas, où il ne faut pas torturer sans utilité ses cellules cérébrales, si cela ne doit rien changer.

D. — Les Ligues para-médicales.

Un de nos confrères et amis, qui cache modestement sous un X, dans la *Médecine moderne*, une personnalité aussi sympathique que spirituelle, raille amicalement les excès de zèle de certaines ligues d'origine récente.

Il ne faut pourtant pas trop en médire dans la crainte de décourager de précieuses bonnes volontés

Une ligue est toujours une manifestation d'activité préférable à l'indifférence : c'est aussi le premier pas dans la voie de l'association dont il n'est pas trop tôt de développer le goût en France.

Toutes sont bonnes, si leur but est louable, et il faut savoir leur passer quelques erreurs.

Gardons toute notre combativité pour tomber sur celles qui sont franchement mauvaises, comme la Ligue des masseurs et magnétiseurs, quand elle recherche le droit à l'exercice illégal de la médecine.

Mais soyons sympathiques aux autres, car nous faisons tous de la ligue, sans le savoir au besoin. C'est ainsi que le confrère dont nous parlions est un excellent et discret auxiliaire de celle qui nous passe le plus près du cœur, et qui a nom le *Sou Médical*.

Et nous sommes heureux de saisir cette occasion de l'en remercier.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les incompatibilités de l'antipyrine.

La *Gazette des Hôpitaux* signale les différentes incompatibilités connues de l'antipyrine:

1° Les substances qui contiennent de l'acide azotique (nitrite d'amyle, nitrite d'éthyle, etc.) donnent avec l'antipyrine un produit de couleur verte, l'iso-nitro-antipyrine ; que cette substance soit toxique par elle-même ou par ses produits de décomposition, il faut éviter de donner ensemble l'antipyrine et les substances qui contiennent de l'acide azotique ;

2° L'antipyrine donne avec le perchlorure de mercure une combinaison très toxique;

3° Les solutions d'antipyrine précipitent par le phénol.

4° L'antipyrine et le salicylate de soude pulvérisés et mélangés donnent une masse gluante, mi-liquide ;

5° L'antipyrine et le chloral donnent ensemble un liquide huileux, qui ne présente plus la réaction des composants ;

6° L'antipyrine et le naphtol β mélangés donnent un produit qui ne tarde pas à se liquéfier ;

7° Les solutions d'antipyrine précipitent par le tannin (Quinquina, Iodo-tannique).

8° L'antipyrine élève le coefficient de solubilité de la caféine et des sels de quinine.

Anévrysmes vrais et anévrysmes faux.

M. le Dr Destot étudie, dans le *Lyon Médical*, les difficultés du diagnostic des anévrysmes et fait remarquer que, dans un grand nombre de cas, la

radioscopie peut être d'un très grand secours pour différencier les vrais anévrysmes.

Voici plusieurs types de faux anévrysmes.

1° Chez les névropathes, on voit souvent survenir à la suite d'un éréthisme cardiaque, se manifestant par des palpitations et des intermittences, l'obsession de l'anévrysme. Le malade sent son cœur, il a de l'angoisse précordiale, souvent même, de la fausse angine de poitrine, avec constriction des poignets, et, chose curieuse, de la différence dans l'intensité des pulsations. Comme la notion de l'anévrysme est très populaire, le malade se croit atteint, cesse son travail, malgré les conseils qui n'arrivent pas à le convaincre de l'inanité de ses craintes.

La radiographie lui donne seule la preuve écrite et sert souvent à supprimer la suggestion du malheureux.

A côté de ces anévrysmes *sine materia*, on voit souvent des abcès de la paroi thoracique, abcès d'origine costale ou sternale, battants et fluctuants plus ou moins, accompagnés de souffles vasculaires et recevant dans la région précordiale les impulsions du cœur qui sont pris pour des dilatations aortiques. Les cas en sont fréquents et des maîtres s'y sont trompés. La radioscopie démontre encore facilement l'erreur.

Il existe aussi des médiastinites, tenant à des infections ganglionnaires soit grippales, soit tuberculeuses qui, par l'augmentation de densité du tissu cellulaire du médiastin, arrivent à donner à la paroi des battements tellement nets qu'on peut les amplifier en appuyant le stéthoscope. Souvent aussi, les vaisseaux comprimés donnent naissance à des souffles, et, comme ce sont là les principaux signes de l'anévrysme, le diagnostic est porté. Quelquefois même, il arrive que ces médiastinites sont accompagnées de fièvre et de symptômes généraux et on pense à une endocardite ou à une aortite. Ici encore, la radioscopie permet de rectifier le diagnostic. Les tumeurs malignes du poumon en refoulant l'aorte qui apparaît battant sur le bord droit du sternum peuvent donner naissance à des méprises. Dans une observation recueillie dans le service de M. Drivon, l'erreur fut ainsi commise et l'autopsie montra la cause de l'erreur, et dans deux observations de M. Garel, le diagnostic ne fut posé que grâce à de légères hémoptysies que le malade présentait constamment. Enfin, il existe chez les jeunes gens des déformations des cartilages costaux formant des voussures irrégulières du manubrium et sous lesquelles on soupçonne un anévrysme qui n'existe pas.

Par l'examen oblique droit, par les variations de l'incidence du tube, on peut arriver à éviter cette erreur d'interprétation, dont il faut être averti. A côté de ces cas, il faut citer les faits dans lesquels une paralysie subite de la corde vocale gauche fait soupçonner l'anévrysme, et où la radiographie démontre une légère dilatation cylindroïde incapable de comprimer un récurrent. Souvent alors on constate une grisaille uniforme de toute la région médiastine tenant à une inflammation de cette région et qui est la cause la plus efficiente de la paralysie.

Par contre, les anévrysmes vrais donnent souvent si peu de symptômes qu'on est surpris de trouver sur l'écran une énorme tumeur battante que quelques douleurs vertébrales et un peu de matité étaient loin de faire soupçonner.

De cette revue rapide, il résulte que le diagnostic d'anévrysme ne peut et ne doit plus se faire, sans le secours de la radiographie et surtout de la radioscopie qui, seule, permet de donner aux symptômes cliniques perçus, souffles, battements, inégalité des pouls, leur confirmation diagnostique.

Végétations adénoïdes

D'après M. le Dr *Marage*, les malades atteints de tumeurs adénoïdes peuvent se diviser en trois classes :

1° Ceux qui ont des tumeurs dures et très volumineuses ; ils présentent généralement des complications très sérieuses, soit du côté de la respiration et du développement, soit du côté de l'audition ; ceux-là doivent être traités sans retard ; l'ablation a rendu et rendra encore de grands services, quel que soit l'instrument employé. Cette classe forme à peine 8 p. 100 des malades que l'on rencontre en clientèle. Mais si l'on ne veut pas s'exposer à être obligé de refaire l'opération plusieurs fois, il faut, après l'ablation, instituer le traitement à la résorcine ; c'est le seul moyen de rendre inerte le tissu lymphoïde qui échappe toujours à une intervention chirurgicale, si bien faite qu'elle soit.

2° Dans la deuxième classe, nous rangerons les malades chez lesquels les végétations sont molles, volumineuses, et saignent facilement sous la pression du doigt ; il y a un arrêt du développement, une surdité plus ou moins persistante, et une inaptitude au travail plus ou moins complète ; ceux-là guérissent très bien par le traitement médical ; le nombre des séances varie avec chaque sujet, mais il dépasse rarement quinze.

3° Enfin la troisième classe comprend les malades qui, avec des végétations peu développées, présentent en général les seuls symptômes suivants : surdité intermittente, bouche entr'ouverte, ronflements nocturnes ; on peut alors, soit se contenter de surveiller le malade pour parer aux complications possibles, soit employer la résorcine qui fait disparaître tous les symptômes en dix à douze séances.

Les malades d'hôpital sont presque tous compris dans la première catégorie, parce que ce sont les seuls qui vont à la consultation ; les parents n'ont pas le temps de s'occuper de savoir si leurs enfants sont plus ou moins sourds, ronflent plus ou moins, ou présente d'autres anomalies auxquelles le médecin attache, et avec raison, une grande importance.

En présence de la difficulté que l'on éprouve parfois à faire accepter l'opération sanglante contre ces végétations, et aussi, en présence des quelques accidents qui peuvent survenir de temps en temps, M. Marage conseille d'employer la méthode suivante : Se servir d'une solution aqueuse à 100 pour 100 de résorcine (métadihydroxybenzine) et l'appliquer au moyen d'un tampon de coton hydrophile monté sur un porte-caustique de courbure convenable.

« Au moyen de ce tampon imbibé de résorcine, dit M. Marage, je vais toucher fortement les végétations en passant derrière le voile du palais ; ou bien, je fais rétracter les cornets avec une solution de cocaïne, et je suis la voie nasale pour pénétrer dans le pharynx : les parties

touchées se recouvrent d'une couche blanchâtre.

La douleur est nulle et, dès la deuxième séance, l'enfant se laisse traiter sans protestation; la réaction inflammatoire n'existe pas; le malade peut manger ou boire immédiatement après, et il n'y a pas de précautions spéciales à prendre.

En dix à douze séances en moyenne, faites tous les jours, ou tous les deux jours, les végétations diminuent beaucoup de volume, et le malade est complètement guéri. Recommandations importantes : 1° Bien fixer le coton hydrophile à l'extrémité du porte-caustique.

2° Avoir une solution fraîche de résorcine, parce que ce corps, comme tous les dérivés de la benzine, se décompose à la lumière ; le plus simple est d'avoir un tube de 3 grammes à peu près, et de le remplir de résorcine, puis d'eau : la dissolution se fait immédiatement.

3° Imbiber le coton et le presser contre les parois du verre, de manière qu'il n'y en ait pas en excès.

4° Passer derrière le voile du palais, et aller frotter assez fortement les végétations adénoïdes ; il n'y a pas de douleur provoquée.

5° Si on préfère la voie nasale, faire d'abord rétracter les cornets avec une solution de cocaïne au trentième.

6° Si l'enfant est très jeune, on peut employer une solution moins concentrée.

Résorcine..............	10 grammes.
Eau distillée...........	15 grammes.

7° Aussitôt que la pharyngite catarrhale apparaît, il faut se contenter d'enlever les mucosités qui sont souvent très adhérentes, et attendre deux ou trois jours; souvent la guérison est complète à ce moment.

8° La résorcine que j'emploie est chimiquement pure, je n'ai jamais eu ni accidents ni incidents; si l'on avait quelque crainte, on pourrait commencer par une solution à 50 p. 100.

Avec le traitement médical, on n'a pas à craindre les récidives, qui sont si fréquentes après l'opération. Ce n'est pas une simple inflammation de la végétation que l'on guérit par ce procédé; s'il en était ainsi, il y aurait des rechutes, et ces rechutes ne se produisent pas.

Cette méthode, exempte de tout danger, me semble donc devoir rendre de grands services, *soit lorsque le médecin ne veut pas faire l'opération, soit lorque celle-ci est impossible ou dangereuse*; de plus elle est applicable quelque jeune que soit l'enfant. »

« Nous ne prétendons pas, ajoute M. Marage, que l'ablation des végétations adénoïdes par les pinces tranchantes ou par toute autre méthode ne doit plus être faite; mais nous pensons que le traitement médical peut rendre de grands services, et remplacer la méthode chirurgicale dans 22 p. 100 des cas observés en clientèle.

« Étant donné que la constitution histologique est la même pour tout le tissu lymphoïde pharyngien, il était naturel de traiter de la même façon l'hypertrophie des deux amygdales palatines, les résultats ont été une diminution notable de volume et un soulagement rapide. »

L'opothérapie ovarienne.

Au dernier Congrès français de médecine tenu à Toulouse, en avril dernier, M. le Dr *Bestion de Camboulas* a exposé brièvement les excellents résultats que lui a donnés l'opothérapie ovarienne. Citons ses propres paroles, d'après le *Bulletin Médical*.

« Dans la chlorose, l'anémie et l'aménorrhée qui les accompagne, j'ai obtenu de très bons résultats et souvent après que le malade eut employé tous les autres moyens thérapeutiques, quinquina, kola, ferrugineux, etc. Je n'ai d'ailleurs, sur quinze observations, qu'un seul cas d'insuccès à signaler.

« Plusieurs de ces malades ont vu revenir leurs règles au bout d'un ou de deux mois de traitement, avec une dose de 40 à 50 gr. d'extrait d'ovaire par jour (les pilules étant dosées à 10 gr.) dans l'anémie simple.

« J'ai traité également avec succès par l'ovarine trois cas de dysménorrhée.

« L'extrait d'ovaire est aussi utile dans la ménopause qui rend si fréquemment les femmes malades. Avec lui on voit disparaître les céphalées et les vertiges, les bouffées de chaleur diminuent, les flueurs blanches, qui fréquemment succèdent aux règles, se tarissent souvent et toujours l'état général est amélioré. La digestion est plus facile; la constipation, si fréquente à l'âge critique et dans la plupart des affections utérines, disparaît. J'ai constaté également la diminution très sensible, et souvent même la disparition de la nervosité plus ou moins excessive des malades aux époques menstruelles; sur douze observations, je n'ai eu que deux insuccès, bien qu'un mieux passager se fût manifesté dans les deux cas.

« Enfin, frappé par les succès de l'extrait ovarien dans les cas précédents, j'ai essayé son action dans la métrite aiguë et la métrite chronique. Je ne crois pas que ce traitement influe beaucoup sur les lésions utérines mêmes, mais j'ai constaté ses bons effets dans quatre cas, dont deux de métrite chronique. Le phénomène douleur a fortement diminué à la période menstruelle et a presque disparu après les règles. La digestion fut meilleure, l'appétit revint et la constipation a complètement disparu en quelques semaines.

« En résumé, la médication ovarienne est, je crois, toujours indiquée quand il s'agit d'un mauvais fonctionnement de la glande ou mieux d'insuffisance ovarienne :

« 1° Insuffisance d'ordre congénital : femme mal réglée avec ou sans dysménorrhée ;

« 2° Insuffisance liée à la formation : aménorrhée et chlorose et souvent dysménorrhée ;

« 3° Insuffisance liée à la ménopause naturelle ou artificielle, post-opératoire.

« En un mot, toutes les fois que la glande fonctionne mal, on doit employer l'opothérapie ou tout au moins en essayer avant de penser à une intervention chirurgicale ».

Diagnostic de la coqueluche.

Tous les praticiens, et en particulier les spécialistes en clinique infantile, savent combien il est difficile parfois d'établir sûrement le diagnostic de la coqueluche, en l'absence des quin-

tes : l'œdème facial, les ecchymoses sous-cutanées, l'ulcération sous-linguale sont des signes inconstants et infidèles ; la quinte seule est caractéristique. « Voici, dit M. Variot, un moyen de provoquer la quinte qui m'a toujours réussi. Il faut faire ouvrir largement la bouche à l'enfant et lui plonger brusquement l'index jusque dans le fond de la gorge, soulever l'épiglotte et faire pénétrer la pulpe du doigt dans le vestibule du larynx, comme pour le premier temps du tubage. Si l'enfant n'a pas la coqueluche, il se cyanose et tousse, mais sans quinte ; s'il l'a, une quinte des plus intenses et des plus caractéristiques se produit à coup sûr, exception faite parfois du cas où une quinte s'est déjà produite quelques minutes auparavant ».

Il n'y a pas à craindre de morsure de la part de l'enfant ; la surprise qu'il ressent d'abord, puis la toux qui le secoue l'empêchent de mordre.

L'éthérisation.

A l'une des dernières séances de l'Académie, M. le professeur *J. Renaut*, de Lyon, a déclaré que, depuis près de 25 ans, il a pu constater l'absolue innocuité de l'anesthésie par l'éther. Il est à ce point de vue, dit-il, absolument d'accord avec M. Poncet.

« Appelé très souvent à pratiquer cette anesthésie, notamment chez des individus dont le cœur est faible ou arythmique, ou bien chez des malades plus ou moins suspects (diabétiques, albuminuriques, etc.), je n'ai jamais vu se produire même l'ombre d'un accident. On n'a, avec l'éther, à craindre que l'asphyxie, non plus la syncope. Je me range donc formellement du côté de ceux qui considèrent l'éther bien pur comme l'anesthésique de choix. En somme, il ne présente qu'un inconvénient : la tendance aux vomissements dans les quelques heures qui suivent le réveil, principalement alors qu'on ne sèvre pas le patient de boissons. Toutefois, il est possible de supprimer à peu près à coup sûr cet inconvénient, et, du même coup, de prolonger l'anesthésie de façon considérable : une heure, une heure et demie et davantage même. Il suffit pour cela d'aministrer l'éther par ce que je proposerai d'appeler le *mode interrompu*.

« Avec le dispositif ordinaire (bourse à éther, bandeau sur les yeux, etc.), on endort d'abord profondément le malade. Il ne sent plus rien ; le pincement de la peau n'amène plus ni expression mimique ou vocale de sensation, ni réflexes. Au bout d'un instant alors, on enlève la bourse et on laisse respirer librement l'air pur. Très fréquemment on pince la peau. Dès que le malade endormi bouge ou gémit quelque peu sous le pincement, on recommence l'inhalation. Ainsi de suite, et aussi longtemps qu'on veut. Ce mode interrompu d'administration de l'éther permet, on le comprendra, de gagner au pied un espace de temps très prolongé, en n'ayant donné au malade que juste ce qu'il faut d'éther pour maintenir l'insensibilité nécessaire à conserver tant que se poursuit l'opération. En particulier, une fois avec notre regretté collègue Ollier, j'ai pu tenir ainsi pendant plus de deux heures une malade insensible sous l'éther. Une autre fois, chez un diabétique à qui M. Chandelux devait enlever un orteil, je pratiquai le mode interrompu d'administration de l'éther de telle sorte que le malade, devenu d'ailleurs parfaitement insensible, ne perdit conscience à aucun moment. En une espèce d'ivresse et sans éprouver la moindre douleur, il suivit tous les détails de l'opération qu'on pratiquait sur son pied.

« Il résulte de ce que je viens de dire que l'éther, qui ne semble menacer ni le cœur ni toucher le rein, est l'anesthésique de choix. Je ne vois d'autre part aucune raison sérieuse de lui préférer le chloroforme.

« En résumé, aucun risque avec l'éther pourvu qu'on n'approche de la table d'opération ni un thermo-cautère, ni une bougie.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le professeur LANDOUZY.

Etude diagnostique de la rougeole.

Je voudrais, Messieurs, retenir votre attention sur une maladie rarement rencontrée, de nos jours, dans les services hospitaliers d'adultes. Il s'agit de la rougeole. La rareté relative de cette affection après 14 ou 15 ans, son isolement dans des pavillons spéciaux où tous les rubéoliques se trouvent dirigés, font qu'elle ne s'observe plus dans les salles de Clinique médicale. Il en résulte, pour l'enseignement, une lacune regrettable dont je me propose, aujourd'hui, de combler quelques vides.

Premier point intéressant. Vous lirez dans les livres classiques que la rougeole, frappant les 4/5mes au moins des sujets dans le jeune âge et conférant l'immunité, ne se rencontre pour ces deux motifs qu'exceptionnellement chez l'adulte. Une telle assertion est loin d'être rigoureusement exacte. En matière de fièvres éruptives, l'immunité donnée par une première atteinte n'est pas absolue et, entre toutes, la rougeole est celle qui récidive le plus fréquemment. Une seconde variole, une seconde scarlatine peuvent se voir ; assez communément, on observe une deuxième, voire une troisième attaque de rougeole. Je soignais précisément, ces jours derniers, une jeune femme de 21 ans chez laquelle j'avais diagnostiqué avec mon maître Hardy une rougeole à l'âge de 4 ans, une autre à l'âge de 12 ans. Elle offrait encore une éruption rubéolique type.

Le malade de notre service est un cocher de 20 ans, entré à l'hôpital avec de la fièvre, 39°2, un malaise général et un exanthème cutané spécial. Celui-ci, développé sur la face, le thorax et les membres, touche à peine les extrémités. Les téguments sont congestionnés et sur le fond rouge se détachent des parties plus foncées, des macules, des papules donnant au doigt la sensation douce dite veloutée. Quelques-unes d'entre elles sont recouvertes de vésicules dont le centre offre, pour certaines, un léger degré d'ombilication. La disposition de ces vésicules, leur ombilication centrale, aurait pu tenir notre

diagnostic en suspens et faire penser à une variole. Nous avons toutefois écarté une semblable hypothèse eu égard au petit nombre de ces éléments éruptifs comparé à la multiplicité des autres, eu égard surtout aux idées de pathologie générale qui, en l'espèce, constituent un guide précieux. Dans une fièvre exanthématique, en effet, l'éruption, pour importante qu'elle soit, n'est pas tout. L'analyse de ses caractères morphologiques est assurément fort utile, mais elle ne saurait entrer en ligne de compte qu'escortée de tous les autres signes morbides. Ceux-ci, dans les cas douteux, trancheront le diagnostic avec beaucoup plus de sûreté que l'éruption elle-même.

On a dit et répété que la reconnaissance d'une fièvre éruptive était la chose la plus simple au monde. Ceci est exact pour un bon nombre de circonstances ; alors les gardes-malades, les mères de famille établissent le diagnostic avant la venue du médecin. Seulement il y a le revers de la médaille. A la vérité, lorsqu'il existe des éléments éruptifs anormaux, rien n'est difficile comme la différenciation extemporanée d'une rougeole ou d'une scarlatine. Sydenham l'a écrit en toutes lettres et Trousseau a consacré une longue série de leçons à dire que lui, qui avait cependant vécu nombre d'années dans les hôpitaux d'enfants, se trouvait quelquefois tenu en échec devant certaines difficultés.

Considérez la situation du médecin traitant dans les familles. Cinq minutes après son arrivée, il doit répondre à l'interrogation des parents : est-ce une rougeole, est-ce une scarlatine ? Le diagnostic d'ailleurs n'est point indifférent aux mesures hygiéniques et prophylactiques à instituer. Vous apprendrez à vos dépens que, tous les jours, le médecin le plus expert est obligé de suspendre son avis et de dire aux parents ; je vous fixerai... seulement demain. Une telle réponse est ennuyeuse à faire. Le public, qui a droit à un renseignement précis, prend souvent, malheureusement, votre doute fait de science pour un doute d'ignorance. Si vous n'êtes pas dans un milieu intelligent, la situation devient particulièrement pénible. Il faut cependant avoir le courage de son opinion, faire comprendre que la maladie présente quelques caractères irréguliers et qu'il est de l'intérêt du patient d'attendre avant de fixer un diagnostic. Je raconte volontiers l'histoire suivante : il y a quelques années nous fûmes appelés, M. le professeur Bouchard et moi, auprès d'un garçon de onze ans atteint d'une fièvre éruptive. Rougeole ou scarlatine tel fut le problème impossible à résoudre fermement pendant 48 heures. Nous penchions pour la scarlatine, mais après avoir dit « oui » le matin nous hésitions le soir. Enfin, le lendemain nous fûmes affirmatifs, c'était une scarlatine et la suite le confirma. Malheureusement, le sixième jour après l'éruption, l'enfant fit une complication assez commune, l'aortite ; la fièvre recommença et un souffle se produisit derrière le sternum. L'entourage, naturellement, ne manqua pas de prétendre que l'aortite était apparue parce que nous n'avions pas reconnu assez tôt la nature de la maladie. Les difficultés sont donc, parfois, momentanément insolubles. Depaul après avoir consacré son existence entière à l'étude de l'obstétrique disait ceci de l'accouchement : c'est une chose aussi simple dans les circonstances ordinaires qu'infiniment difficile dans les cas compliqués. Ce que Depaul pensait de l'accouchement, Trousseau, l'élève de Bretonneau, l'illustre maître en pédiatrie, le proclamait à la fin de sa carrière, des fièvres éruptives. Je ne voudrais pas faire, à ce sujet, de paradoxe ; retenez néanmoins que, malgré toute l'importance des caractères attribués classiquement à l'éruption, le praticien, s'il y a doute, se guidera beaucoup plus sûrement sur l'ensemble et l'évolution des symptômes.

Revenons à notre malade. Il s'était senti fiévreux, fatigué et, le 5[me] jour, l'éruption était apparue. Il se plaignait de catarrhe nasal, d'éternûments, commençait à tousser avec, dans la poitrine, quelques râles. La langue se montrait saburrale, les piliers et les amygdales rouges. Il existait, en outre, sur le voile du palais et sur la muqueuse buccale, particulièrement au niveau des ouvertures des canaux de Sténon, des taches recouvertes d'une fine éruption miliaire. Ce dernier symptôme constitue le signe dit « de Koplick » auquel on a, récemment, attaché une grande importance.

Le signe de Koplick présente, en effet, un caractère intéressant. Il apparaît avant l'éruption, à un moment où le diagnostic est habituellement en suspens. C'est un exanthème buccal qui, précédant de plusieurs jours l'exanthème cutané pourrait permettre au clinicien d'affirmer la rougeole pendant la période de catarrhe initial. Au lieu de rester indécis deux, trois, quatre, cinq jours, le médecin posséderait là une signature facile à trouver et à reconnaître. Ainsi, un enfant est atteint de catarrhe nasal, il peut avoir la rougeole, la grippe, un simple rhume.,. eh bien ! l'inspection de la bouche en découvrant des taches sur le voile palatin, sur la muqueuse buccale au niveau du canal de Sténon (signe de Koplick) ferait dire : c'est de la rougeole,

Il n'est pas indifférent de savoir dépister cette fièvre éruptive au début. C'est même, pour la prophylaxie, un fait capital. La rougeole, nous le savons, contrairement à la scarlatine et à la variole, est contagieuse avant l'éruption. Le danger réside beaucoup plus dans l'enfant atteint de catarrhe oculaire, nasal ou bronchique pré-rubéolique que dans le malade en pleine éruption. Le signe de Koplick eut donc été précieux. Malheureusement il n'a pas toute la valeur qui lui a été attribuée. Il n'est pas constant et peut s'observer dans d'autres maladies, la grippe, la stomatite, par exemple ; d'autres fois il ne se montre qu'au moment de l'éruption.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, malgré les caractères un peu anormaux de l'exanthème, le diagnostic de rougeole est indiscutable. Il se base sur les prodromes, le catarrhe conjonctival et naso-bronchique, les cinq jours de malaise qui ont précédé l'éruption. En pratique, dans un cas douteux, il n'est pas inutile, certes, de regarder d'aussi près que possible, à la loupe au besoin, l'exanthème ; mais, quand bien même celui-ci serait plus papuleux, voire vésiculeux, s'il s'accompagne de conditions analogues à celles de notre patient, il ne peut s'agir d'autre chose que de la rougeole. La scarlatine se fût annoncée par une fièvre plus vive, des vomissements, et surtout une éruption 24 ou 48 heures seulement après le début ; la variole, sans parler de la ra-

chialgie et de l'élévation thermique élevée, n'eût pas attendu au-delà du 3me jour pour apparaître à la peau. Or, le patient était resté 5 jours — terme classique d'invasion — avant de faire son éruption.

Le malade est actuellement presque guéri. Vous m'avez vu m'enquérir soigneusement de ses antécédents héréditaires. Voici pourquoi : la rougeole est, assurément, une affection bénigne en elle-même, mais il faut bien savoir que chez un individu entaché d'antécédents personnels ou héréditaires tuberculeux, elle est notablement plus redoutable. Willis qui avait déjà remarqué la prédisposition des rubéoliques à la contamination bacillaire avait nommé la rougeole: vestibulum tabis. Nombre de sujets atteints de cette maladie deviennent assez rapidement, par la suite tuberculeux ; le catarrhe laryngo-bronchique crée un point de moindre résistance. Aussi convient-il d'être toujours sobre en matière de pronostic de la rougeole. Il en est de cette fièvre éruptive comme de la variole et de la grippe ; elle prédispose à la bacillose et réveille volontiers une infection tuberculeuse latente du poumon.

Je vous disais, tout à l'heure, combien il serait intéressant de pouvoir établir un diagnostic précis de bonne heure. Là réside, en entier, le problème de la prophylaxie de la rougeole. Cette affection offre, nous l'avons vu, un mode de contagion tout à fait particulier. Elle est contagieuse avant l'éruption, à une période, par conséquent, où il est impossible de l'isoler.

La scarlatine et la variole sont dangereuses pour l'entourage, en pleine éruption seulement. On peut, alors, par l'isolement et la désinfection, empêcher la dissémination des germes. Pour la rougeole, il n'en est plus ainsi. Bien avant l'exanthème, le contage, représenté par un catarrhe bronchique ou nasal, s'est promené librement au dehors, pendant plusieurs jours, dans les voitures publiques, les omnibus et les tramways, sur les bancs des écoles surtout. L'enfant a eu quelques éternûments auxquels on ne saurait attacher aucune importance ; il a néanmoins une rougeole contagieuse qu'il va répandre partout où il se trouvera jusqu'à apparition de l'éruption... le cinquième jour ! Certaines agglomérations, les bals d'enfants par exemple, sont une origine presque certaine de rougeole. Il suffit d'un enfant en puissance de cette fièvre pour que de nombreux autres la prennent. On apprend peu de jours après que, sur 100 des petits danseurs, 15 ou 20 sont au lit avec un exanthème rubéolique.

On s'est ingénié, dans ces conditions, à trouver un signe précoce caractéristique de la rougeole. A la vérité, le phénomène avant-coureur constant n'est pas encore connu. Le découvrira-t-on dans le sang, dans l'urine... ? Il existe cependant différents petits signes intéressants à signaler. Etant interne chez Parrot et Labric, j'ai étudié personnellement la question. Nous avions été frappés par l'existence d'un souffle cardiaque léger systolique siégeant entre la pointe et la base du cœur. Grâce à lui, nous pouvions souvent annoncer l'éruption. Dans le même ordre d'idées, je vous ai parlé, au cours de cette leçon, du signe de Koplick. Il répond également au besoin d'un diagnostic précoce. Malheureusement, il n'est pas constant et arrive quelquefois trop tard. La réaction de Widal dans la fièvre typhoïde n'aurait pas sa valeur si elle n'apparaissait qu'après les taches rosées ! L'hématoscopie pourra peut-être résoudre la question du diagnostic de la rougeole avant l'exanthème ; mais actuellement, elle est encore insuffisante. Il y a fréquence relative des éléments polynucléaires dans la rougeole et presque égalité des mono et polynucléaires dans la variole. Ce sont des données sur lesquelles il serait prématuré de se baser.

Le diagnostic précoce de la rougeole ne constitue pas une simple satisfaction de l'esprit. Lui seul permettra de prendre des mesures prophylactiques efficaces et de refréner le développement de cette fièvre éruptive. Alors que la fréquence de la scarlatine et de la variole diminue progressivement, la rougeole reste presque à son taux normal. L'enfance lui paie encore un tribut considérable et la mortalité qu'elle cause reste élevée. Aussi la recherche d'un signe caractéristique pré-éruptif de la rougeole constituerait-elle une belle page de médecine à écrire. Peut-être l'hématoscopie de demain donnera-t-elle la clef de la question ; peut-être aussi la découverte du germe de la maladie en fournira-t-elle la solution.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

HYGIÈNE SCOLAIRE

La contagion par les instruments à vent

Un jeune écolier (13 ans) apprenait depuis peu à jouer du saxophone. Fort studieux, cet enfant passait la plus grande partie de ses récréations et de ses jours de congé à souffler dans son instrument. En un mot, il jouait trop, avec passion. Au sortir d'une répétition, en sueur peut-être, il courut boire de l'eau à la fontaine. Une angine se déclara, phlegmoneuse et gangréneuse, dont la malignité fut telle que la mort s'ensuivit à bref délai.

— Trois faits se dégagent de l'analyse de cette observation.

Le froid a été ici la cause occasionnelle, jouant le rôle de l'étincelle qui met le feu aux poudres.

Les séances, trop souvent répétées, avaient fatigué cette gorge encore jeune et tendre, l'irritant et la congestionnant, préparant le terrain.

Enfin il n'est pas risqué de dire que l'instrument, reconnu fort malpropre, a peut-être fourni le germe fatal.

— Les cuivres de nos fanfares reluisent. Eclat extérieur le plus souvent. A l'intérieur, dans les tuyaux, dans les coudures, dans les angles, gisent des amas de poussières, formant avec les salives desséchées des magmas, des culots où croupissent dans l'ombre des microorganismes pathogènes de toute espèce. Ces instruments passent de bouche en bouche. Pour toute précaution, les plus délicats se contentent d'avoir une embouchure propre, personnelle. Dans tous les cas, il est bien rare qu'on achète un instrument neuf pour un commençant. Celui-ci débute toujours avec l'instrument qu'un aîné veut bien lui prêter. Sans doute, ces aînés qui font de la musique jouissent généralement d'une bonne santé. Il n'en est pas moins vrai que la tuberculose

fauche aussi dans leurs rangs (1). D'ailleurs, cette hypothèse admise que tous les musiciens sont sains, il est avéré que leur bouche renferme une infinité de microbes. Je laisse à de plus compétents le soin d'énumérer toutes les bactéries, tous les bacilles, pneumocoques, streptocoques, staphyloccoques, que notre bouche renferme. Ils y rentrent du dehors avec les aliments et les poussières. Ils y viennent du dedans avec les excrétions, crachats, caries dentaires, etc. Toute la flore microbienne y est représentée. Ce n'est pas sans raison que la bouche a été traitée de vraie boîte à Pandore. Or, tous ces microbes glissent avec la salive dans le corps des instruments à vent. Leur virulence y est peut-être accrue.

Le jeune écolier qui usera de ces instruments aspirera plus ou moins tous ces germes de mort. Comme il est plus jeune, *minoris resistentiæ*, s'il est surmené, si une cause occasionnelle surgit, toute infection peut éclater.

— Loin de moi la pensée de vouloir décourager les jeunes recrues dont l'éducation musicale précoce assure la création ou le maintien prospère de nos joyeuses fanfares. La formation de jeunes musiciens est une œuvre trop louable. Nous ne saurions trop féliciter les maîtres dévoués qui prennent cette heureuse et belle initiative. La musique élève l'âme, l'invite à l'idéal. Elle est un agrément dont le plaisir est partageable. Pour ces motifs, elle constitue l'élément le plus noble de nos réjouissances publiques. C'est encore un passe-temps moral, bien digne de remplir les heures de loisir des jeunes gens qui n'ont que trop de tendances à perdre dans les cafés leurs longues veillées d'hiver. Ligueurs de l'antialcoolisme, encouragez les néophytes de la Musique ! Mais, prêtres de l'hygiène, veillez sur eux, enseignez et recommandez :

Aux maîtres et aux parents d'éviter le surmenage chez les écoliers, d'espacer les séances de musique, de les donner de courte durée ;

A tous les musiciens, de lessiver, écouvillonner, laver à l'eau salée bouillante l'intérieur des instruments à vent. On nettoie les ustensiles culinaires, on lave les verres, les cuillers, les fourchettes, tant d'objets qu'on porte à la bouche. Pourquoi négligerait-on d'entretenir la propreté intérieure des instruments de musique dans lesquels on souffle et on aspire ?

Enfin, mieux que tout autre, le musicien doit soigner sa bouche, sa gorge et nettoyer ses dents. Mieux que tout autre, il doit obéir aux sages préceptes d'hygiène générale qu'il trouvera dans les traités spéciaux les plus élémentaires.

Docteur DEGRAVE.
à Lagrasse (Aude).

(1) N. D. L. R.— L'un de nous a vu mourir de tuberculose pulmonaire, à trois ans d'intervalle, deux frères, qui, dans une fanfare, s'étaient succédé, le jeune ayant pris l'instrument de l'aîné. Or, ni l'un ni l'autre n'avaient été considérés comme des candidats à la tuberculose. Fait à noter : chez les deux il y eut début brusque par hémoptysies, alors que tout autre signe faisait défaut.

MÉDECINE LÉGALE

Accidents du travail

Comment, pour le médecin-expert, évaluer la diminution de la capacité de travail ?

En principe, il n'appartient pas au médecin, dans l'application de notre nouvelle législation sur les *accidents du travail*, de décider et de proportionner l'indemnité due au dommage causé, de fixer, en un mot, cette indemnité. Mais, en pratique, il y contribue largement, puisque c'est à lui que les juges, que les tribunaux font appel pour éclairer, comme on dit, leur religion, et leur fournir des bases d'appréciation en vue de catégoriser le dommage.

A chaque instant on lui pose, à raison de ses fonctions de médecin-expert, des questions dans le genre de celles-ci, dont nous prenons les formules au hasard dans les quelques derniers cas en cours de notre pratique courante : « fixer la « diminution dans la capacité du travail » ; — « évaluer la diminution de la capacité industrielle du blessé, résultant de l'incapacité per- « manente et partielle » ; — « dire dans quelle « mesure la capacité professionnelle du blessé « sera réduite, à l'avenir, du fait de l'accident, « etc., etc. »

Or, il n'est pas toujours facile de répondre à ces questions : en premier lieu, il faut toujours se méfier de l'avenir, des modifications imprévues, parfois radicales, qui peuvent, en quelques mois, à plus forte raison en quelques années, se produire, en bien ou en mal, dans l'évolution de certaines lésions, de date pourtant relativement ancienne, et qui semblaient *« acquises »* désormais sans conteste. N'oublions pas, à ce sujet, que, pendant trois ans après l'accident ou l'accord survenu entre les parties, l'indemnité accordée peut être révisée, et, si le moindre doute subsiste dans notre esprit quant à l'irréfragable solidité du résultat que nous considérons comme *acquis*, n'hésitons pas à enregistrer ce doute et à invoquer, pour l'avenir, la réserve tutélaire formulée par la loi.

En second lieu, la loi française a le grand tort d'omettre de définir *l'incapacité absolue et permanente* ; et pourtant, comment évaluer, comment proportionner *l'incapacité partielle* si ce point de départ initial de comparaison nous fait défaut ? Il faut bien distinguer entre l'incapacité absolue et permanente *de tout travail*, ouvrant droit à une pension égale aux deux tiers du salaire annuel, — et l'incapacité absolue et permanente du *travail de la profession*, où la pension n'atteint plus que la moitié de la diminution du salaire consécutive à l'accident, la première correspondant à *l'incapacité de gain*, avec *pleine rente*, et la seconde à *l'incapacité d'un travail*, avec *rente partielle*, des Allemands.

L'incapacité absolue et permanente de *tout travail*, de *tout gain*, est chose rare : elle n'est admissible qu'autant que la victime est devenue une espèce d'épave humaine, dans l'impossibilité d'apporter aux siens aucun subside, si léger soit-il, constituant au contraire une charge pour sa famille (1). — Quant à l'incapacité absolue et

(1) *La médecine des accidents en Allemagne*, d'après L. ROQUES. — (P. REILLE, *An. Hyg. et de méd. lég.* juillet 1901).

permanente du *travail de la profession*, elle se définit d'elle-même : l'ouvrier, après son accident, peut-il encore ou ne peut-il plus exercer sa profession ? Tout est là. Si non, dans quelle mesure sa capacité de travail professionnel est-elle atteinte ? Il semble que la réponse doive être alors assez simple : l'ouvrier X gagnait journellement 3 fr. 50 dans sa profession ; il n'est plus apte qu'à remplir une profession où son gain sera réduit à 1 fr. 50 ; il a donc, du fait de son accident, subi une diminution de salaire de 2 fr. par jour ; il ne reste plus qu'au juge de paix ou au tribunal à conclure qu'il lui est dû une rente journalière de 1 franc.

C'est fort bien ; mais comment, sur quelles données, avec quels arguments le médecin va-t-il déclarer que ce blessé X., capable d'un gain de 3 fr. 50 par jour, est capable et seulement capable, après l'accident, — à un moment où, le plus souvent, il n'a pu encore essayer même de se remettre à un travail quelconque, — d'un gain de 1 fr. 50 par jour ; pourquoi pas 1 fr. seulement, ou pourquoi pas 2 francs ? La vérité, c'est que nous manquons absolument, en dehors des faits et circonstances de *l'espèce*, faits et circonstances qui sont beaucoup, sans doute, qui sont trop, même, — de toute base d'évaluation rationnelle, scientifique ou d'observation.

En Allemagne, où la législation sur les *Assurances ouvrières* s'applique depuis seize ans, bien des questions ont été résolues, qui se posent à peine chez nous. Par exemple, l'*Office impérial des Assurances* a établi, d'après l'expérience des dix premières années, un tableau qui s'applique à douze catégories des accidents les plus fréquents, ou de ceux auxquels peuvent le plus facilement se ramener et s'assimiler les autres, chacune de ces catégories entraînant un coefficient spécial d'incapacité et par suite d'indemnité par rapport à l'incapacité de tout gain (notre incapacité de tout travail) et à l'indemnité *pleine rente*, qui en est la conséquence. En Allemagne, comme chez nous, cette indemnité est égale aux deux tiers du salaire de la victime. C'est elle qui devient *l'unité*, et c'est par rapport à cette unité que les accidents sont catégorisés comme entraînant une incapacité professionnelle et ouvrant des droits à l'indemnité dans la proportion de tant pour cent par rapport à la *pleine rente*. Par exemple, l'accident « *perte d'un œil* » a pour coefficient 33 ; cela veut dire qu'il entraîne, en général, une incapacité de travail professionnel de 33 % et ouvre des droits à une indemnité équivalant à 33 % de la pleine rente.

Ceci posé, et à titre de document, à titre même de barème auquel on pourra avoir recours, le cas échéant, nous donnons ci-dessous le tableau adopté par l'*Office impérial allemand des assurances*, des 12 catégories-types d'accidents, avec coefficients :

	Pour 100 de la pleine rente.
1° Perte de la vue ou des deux jambes	100
2) Perte d'une jambe	75
3) Perte d'un bras	68
4) Perte de l'usage d'une main	60
5) Bris ou déformation d'une jambe	50
6) Bris ou ankylose des bras	33
7) Perte d'un œil	33
8) Perte des 3 derniers doigts (main droite)	30
9) Perte du pouce de la main droite	25
10) Perte des 4e et 5e doigts d'une main	23
11) Perte de l'index droit	15
12) Perte d'un doigt, rigidité d'un bras	12

Il est bien entendu que l'on a pris des dispositions spéciales pour éviter que l'addition des p. 100 entraînés par des accidents ne puisse dépasser 100 p. 100.

M. le Professeur Ed. Golebski, dans son ouvrage sur les *Accidents du travail en Allemagne*, donne de son côté une table plus complète, officieusement admise, que nous empruntons à la traduction de M. le Dr P. Riche (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale.*)

Lésion du crâne.

	pour 100
Traumatismes céphaliques graves avec commmotion cérébrale	50 à 100
S'il y a incapacité complète de travail	100
Epilepsie consécutive	50 à 100
Traumatismes moins graves laissant après eux des maux de tête et des vertiges de temps en temps	30 à 35

Yeux.

Perte d'un œil (Davantage dans certains métiers.)	25 à 33 1/3
Perte d'un œil lorsque la vision était défectueuse de l'autre côté	75
Perte d'un œil et diminution de l'acuité visuelle de l'autre	50 à 80

L'on se base sur l'acuité visuelle restante et la capacité de travail qui en résulte.

Lésion de l'œil droit et symblépharon consécutif	30 à 50
Perte des deux yeux	100
Diminution de l'acuité visuelle d'un œil	10 à 30
Perte du bon œil lorsque l'autre est aveugle	100
Lésions diverses avec adhérences et autres difformités	10 à 50

Oreilles.

Surdité complète d'un côté, ouïe dure de l'autre (par exemple après explosion de dynamite) (*Office impérial d'assurances*, 19 mai 1888).	40
Ouïe presque perdue d'un côté par fracture de la base après explosion de gaz (*Off. imp. d'ass.*, 10 déc. 1889).	50
Acuité auditive diminuée d'un côté chez un apprenti couvreur de quinze ans (*Off. imp. d'ass.*, 25 oct. 1895).	15
Rupture du tympan droit chez un mineur (*Off. imp. d'ass.*, 19 mai 1888.)	10

Lésion du visage.

Cicatrice défigurant la moitié du visage et s'étendant au cou avec recroquevillement du pavillon de l'oreille	25

Cou et colonne vertébrale.

Contusions diverses	33 1/3 à 100

Les paralysies des extrémités après fracture de la colonne doivent être appréciées suivant le degré des troubles fonctionnels.

Un membre inférieur complètement paralysé	70
Impossibilité de se baisser	33 1/3 à 60
Tuberculose vertébrale	100
Douleurs dans le dos diminuant la capacité de travail	20

Thorax et abdomen.

Fréquentes sont les contusions du thorax et les fractures de côtes qui s'accompagnent de lésions pleuro-pulmonaires :

Dans les cas graves l'estimation oscille entre	60 à 75
Dans les cas moins graves entre	20 à 30
Hernie inguinale ordinaire unilatérale	10
— — bilatérale	15
Hernies douloureuses par adhérences péritonéales, hernies rendant l'effort impossible et ne pouvant être contenues par un bandage ordinaire	50
Grosses hernies avec pertes de domicile d'une notable partie des viscères	50 à 100

Membres supérieurs.

Perte de tous les doigts des deux mains des deux mains ou d'un bras et d'une jambe	100
Perte de l'avant-bras ou du bras droit	75 à 80
— ou du bras gauche.	66 2/3 à 70

De même pour toutes les suites d'accidents entraînant la perte de l'usage d'un bras. Les moignons restants ne modifient pas le chiffre, puisque leurs muscles s'atrophient bientôt au point d'empêcher le moindre effort. La meilleure prothèse n'a d'habitude qu'une valeur cosmétique et n'augmente pas sensiblement l'utilité du moignon.

Ankylose du poignet droit	40
— gauche	30
Troubles fonctionnels après guérison de fracture du radius en position vicieuse :	
A droite	60
A gauche	50
Ankylose à angle droit du coude droit	40
— — gauche.	30
— du coude à angle très obtus ou en rectitude à droite	60
— à gauche	50
Articulation du coude ballante :	
Avec mouvements actifs à droite	60
— à gauche	50
Sans mouvements actifs à droite	75
— à gauche	60
Paralysie radiale droite	50
— gauche	40
Paralysie du cubital ou du médian droit.	35
Paralysie du cubital ou du médian gauche	60
Ankylose complète de l'épaule droite	50
La même chez les peintres, les mineurs qui doivent travailler les bras levés.	65
La même à gauche	40
Ankylose de l'épaule ne permettant pas au bras de dépasser l'horizontale du côté droit	30
La même chez les peintres, etc	50
La même du côté gauche	20
Luxation récidivante de l'épaule droite.	35 à 50
— — gauche.	15 à 30

Membres inférieurs.

(On ne fait pas de différence suivant le côté).

Perte d'un gros orteil	10
Perte de deux orteils autres que le gros.	10
Perte de tous les orteils d'un pied	20
Perte d'un ou plusieurs métatarsiens (lorsque l'un des points d'appui du pied est supprimé)	50
Perte de l'avant-pied (désarticulation de Lisfranc ou de Chopart)	35 à 50
Perte du pied avec ou sans raccourcissement (amputations ostéoplastiques du pied d'après les procédés de Pirogoff, Syme, Lefort, Wladimiroff, Mikulicz, etc)	40
Amputation de jambe	60
Pseudarthrose de la jambe	80
Ankylose rectiligne du genou	66 2/3
— du genou en flexion modérée (environ 165°)	33 1/3
— tibio-tarsienne	33 1/3
— du genou à angle droit	80
Amputation au-dessus du genou	80
Désarticulation de la hanche	85
Toutes affections du membre inférieur qui ne permettent pas de marcher sans canne, béquille ou appareil prothétique	50 à 75
Raccourcissement d'un membre facile à corriger par l'abaissement du bassin et l'élévation de la semelle	20
Relâchement des ligaments du genou après entorse légère suivie d'épanchement, tant que la solidité peut être à peu près rétablie par un appareil	30
Genou ballant bien maintenu par un appareil	40
Fracture de la rotule avec perte de l'extension	60

Quand l'extension est conservée la capacité de travail est parfois complète.

Pertes des deux membres inférieurs	100

Dans les cas de pieds plats, ulcères de jambe, phlébites chroniques et varices, consécutifs au traumatisme, les troubles sont si variables qu'on ne peut établir de chiffres, mêmes approximatifs.

A titre de renseignements dont on pourra s'inspirer encore à l'occasion, nous donnons ci-dessous, par catégories, les tarifs des pensions de retraite en vigueur dans l'armée française pour les simples soldats blessés ou infirmes par suite d'accidents survenus dans le service, et devenus incapables de pourvoir par leur travail à leur subsistance : notons seulement que les tarifs qui ont mis ces chiffres en vigueur datent de 1831, c'est-à-dire de plus de deux tiers de siècle :

			Rente annuelle.
1re classe.		Perte de la vue	605 francs.
2e	—	Amputation de deux membres	605 —
3e	—	Amputation d'un membre.	465 —
4e	—	Perte de l'usage de deux membres	405 —
5e	—	Perte de l'usage d'un membre	365 —
6e	—	Blessures moins graves, mais qui mettent le soldat hors d'état de servir et de travailler	365 —

Nous pensons qu'après l'examen méticuleux des faits et des circonstances de la cause, en matière d'*accidents du travail*, ces divers documents peuvent être utiles au médecin-expert pour préciser le témoignage demandé à sa compétence scientifique, — terrain sur lequel, conclut M. P. Reille « il doit savoir se maintenir « sans s'arroger un caractère arbitral en vertu « duquel il se laisserait volontiers apparaître « comme un facteur de justice sociale. »

Dr L. Baudin.

(*Revue Médicale de la Franche-Comté.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des préventions contre l'automobile

Les nombreuses lettres que m'a values l'article sur le « budget de l'automobile » me prouvent que cette question est, pour les confrères, éminemment intéressante, mais plusieurs m'ont également montré que leurs auteurs se font un

monstre de bien petites choses et en sont restés, en matière d'automobiles, à l'époque où sévissaient, en fait de véhicules de ce genre, d'innommables *tacots*.

Devant leurs yeux, en effet, s'agite toujours le spectre hideux de la *panne*, la noire déesse qui vous immobilise sur route, consterné, auprès d'une voiture gelée, d'un moteur mort, sans que rien, sauf l'adjonction d'un moteur à avoine, vous puisse tirer de ce mauvais pas.

Il faut bien l'avouer, lorsque, il y a 4 à 5 ans, parut sur le marché une éclosion de voitures automobiles d'aspect engageant, de carosserie avenante, de prix abordables, prompte et amère fut la désillusion de ceux qui se laissèrent séduire par ces *clous* de belle apparence et de fonctionnement éphémère : carburateurs à léchage, inconstants et fantasques, électricité folâtre qui partait dans les doigts du chauffeur plutôt qu'à la bougie, courroies patinant ou refusant le service aux montées, différentiels se bloquant et s'opposant à tout virage, direction se cassant net au beau milieu d'une descente rapide, bref, rien ne leur fut épargné et je comprends la boutade d'un confrère possesseur d'un de ces monstres : « *Quand je veux aller vite, je prends mon cheval.* »

Ces machines de marques inférieures ont fait à l'automobilisme, chez les médecins, un tort immense ; car il est bien certain que si, à cette époque, ces mêmes confrères s'étaient adressés dans des maisons sérieuses, ils seraient aujourd'hui les plus fermes défenseurs d'un mode de locomotion qu'ils décrient et dont, dégoûtés, ils cherchent à dégoûter les autres.

Actuellement, d'ailleurs, ce genre d'industrie a fait d'énormes progrès, les constructeurs ont profité des leçons données, ont heureusement imité les maisons de premier ordre, et l'on peut affirmer que toute voiture lancée aujourd'hui dans la circulation *fonctionne* avec *régularité*, que la *panne* est devenue presque un mythe et que le choix d'une voiture se base maintenant sur la *solidité* de ses organes.

Je n'en veux pour preuve qu'une lettre d'un confrère, possesseur depuis un an d'une automobile et qui n'a *jamais eu de panne*.

Autre objection : « Comment faites-vous, me disant plusieurs confrères, par la pluie, par la neige ou la nuit ? » Eh bien : je roule par la neige ou par la pluie aussi bien que par le beau soleil, en quoi voulez-vous que le moteur souffre des intempéries ? Il n'aura jamais ni pleurésie, ni tranchées, et, pour la voiture, elle supporte la capote et la glace avant aussi bien qu'une voiture ordinaire, mieux même puisque vous pouvez conduire tout en étant parfaitement abrité.

La nuit ? J'ai un bon phare à acétylène, je vais un peu moins vite et comme le trajet est quand même bien plus court qu'avec un cheval, je me console facilement de ne pouvoir dormir dans ma voiture livré aux bons soins d'un noble mais parfois fantasque coursier. Enfin, il faut bien croire que tout cela n'est pas si terrible puisque nous sommes ici deux médecins n'ayant pas de chevaux et s'en passant fort bien.

Mais, me dit un autre, qui nettoie votre voiture ? qui règle le moteur ? Mon domestique, tout simplement, aidé — quelquefois — du serrurier le plus proche. Il vous faudra 6 semaines à 2 mois de patience pour dresser votre domestique, ensuite, vous n'aurez plus qu'à surveiller sans jamais être obligé de mettre les mains dans l'huile et la graisse. Tout cela n'est ni bien long, ni bien ennuyeux, il est même plutôt intéressant de se rendre compte par soi-même de cet ingénieux mécanisme, et je ne vous donne pas 15 jours pour démonter vous-même n'importe quelle pièce, sinon avec l'habileté, du moins avec l'entrain d'un vieil ajusteur de profession.

En somme, il ne s'agit pas de se lancer à l'aveuglette dans une entreprise pleine d'aléas terrifiants et de dangers inconnus ; l'automobile a fait ses preuves entre les mains de nombreux confrères, elle a son budget défini, ses règles précises ; des livres fort bien faits et très clairs en décrivent les fonctions et l'usage ; elle ne demande à son maître qu'un peu de bonne volonté, d'attention et d'adresse. Ne sont-ce point là des qualités bien médicales ?

Dr Devoir.
(Villeneuve-sur-Yonne).

La radiographie en tant qu'élément de diagnostic est œuvre médicale et, comme telle, doit rester entre les mains des seuls médecins.

Communication à la Société du IXe arrondissement.

Par le docteur E. Lacaille,
Chef du service d'électrothérapie et de radiographie à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Plus d'un parmi vous s'est dit, certainement, en lisant le titre de cette communication : « Tiens, voici un électricien-radiographe qui vient nous faire un plaidoyer *pro domo* », à moins qu'il n'ait pensé, *in petto*, ce que j'entendais murmurer en plaisantant à la sortie de notre dernière séance par l'un de nos collègues ironistes : « *La radiographie, moi je m'en moque,.., je n'en fais pas.* »

Eh bien ! détrompez-vous, Messieurs, je ne viens pas vous parler pour moi, le moi étant toujours haïssable, je ne viens pas même traiter devant vous une question digne seulement de l'attention des seuls médecins spécialistes dans cette branche de l'art médical. Je prétends bien, au contraire, vous exposer un sujet nous intéressant tous directement et indirectement, nous tous médecins, tous *tant que nous sommes*, urbi et orbi.

Oui, certes, c'est un plaidoyer *pro domo*, que je viens faire, mais un plaidoyer pour la famille medicale tout entière, comme j'espère bien vous le démontrer, si vous voulez bien m'accorder quelques instants d'attention.

Ce petit exorde n'était peut-être pas inutile, car depuis trop longtemps, nous avons, il faut bien l'avouer, trop peu de tendance à la solidarité et lorsqu'il s'agit de lutter pour une partie seulement de notre profession, les autres parties non directement et immédiatement intéressées ne prennent pas part à la lutte avec conviction, plus d'un pensant, comme le disait en riant, j'espère, le confrère cité au début : « Le massage exercé par des extra-médicaux ? moi je m'en moque, je n'en fais pas. L'hypnotisme exercé par les extra-médicaux ? moi, je m'en moque, je n'en fais pas, etc. » Et c'est cependant là bien mal comprendre notre intérêt à tous en général aussi bien qu'à chacun en particulier.

Une simple opération d'arithmétique va vous le démontrer.

La médecine de nos jours ne fait plus vivre son homme.

Nous nous plaignons tous, n'est-ce pas, que le nombre des médecins augmente sans cesse, tandis que diminue celui des malades qui réclament leurs soins. Supposons si vous voulez, pour frapper vos esprits, que le nombre des médecins soit de mille, celui des malades (disponibles, dirons-nous), de cent mille.

C'est donc une moyenne de cent malades par médecin si toutefois nous *admettons que tous ces cent malades seront soignés par des médecins.* Mais si sur ces cent malades vous en distrayez, mettons vingt, que vous laisserez masser, sonder, électriser, radiographier, hypnotiser, etc., par des extra-médicaux, vous voyez d'ici le résultat final, la perte sèche pour la masse et par conséquent pour chacun de vous.

Car ce n'est plus 100.000, mais 100.000 — 20.000 malades à diviser par 1000 médecins.

Je n'insiste pas, car, comme c'est ce qui existe malheureusement dans la pratique, vous m'avez déjà complètement compris. Or si vous voulez bien réfléchir un instant, vous verrez que ces extra-médicaux n'auront pas retiré ces malades aux seuls médecins masseurs, hypnotiseurs, électriciens, radiographes, etc., mais bien à tous les médecins en général. En effet, les médecins spécialistes qui débutent sont bien forcés de faire, pour vivre, un peu de médecine générale à côté de leur spécialité. Or, plus tôt ils seront assez occupés comme spécialistes, plus tôt ils cesseront de vivre sur la masse commune en faisant de la médecine, et plus tôt les clients qu'ils ne soigneront plus rentreront dans la circulation générale. Supposons qu'à Paris il y ait cent radiographes extra-médicaux, c'est cent médecins de moins qui trouvent à vivre de ce côté et qui sont obligés de se rabattre sur la médecine générale, en mangeant ainsi que vous tous au même ratelier diminué d'autant (et l'on peut d'ailleurs répéter la même chose pour les autres spécialités envahies par les extra-médicaux, envahies *par suite de votre laisser faire à tous.*)

Vous voyez donc bien, Messieurs, que la question, que je viens traiter aujourd'hui devant vous vous intéresse tous les uns autant que les autres, que vous soyez ou non spécialistes et que mon plaidoyer est donc non *pro domo meâ* mais *pro modo vestrâ*.

Je viens de vous expliquer qu'il y allait de l'intérêt général des médecins à ne pas confier de radiographies à d'autres qu'à des médecins.

Vous dirai-je aussi que l'intérêt particulier du médecin traitant veut également qu'il en soit ainsi. Je crois qu'il ne sera pas bien nécessaire d'insister longtemps pour vous faire saisir *qu'il est préférable de faire faire par un confrère toute recherche devant contrôler ou ébranler votre diagnostic, car seul, ce confrère, habitué de bonne heure aux règles de la déontologie, comprendra qu'un diagnostic ne doit être établi et donné que d'un commun accord entre les différents consultants.*

De la sorte, en effet, vous éviterez des faits dans le genre de celui que m'a raconté ces jours-ci notre éminent collègue, le docteur G... le plus « grand » des masseurs : Un de ses malades atteint de fracture du bras va se faire radiographier chez un de nos « industriels » les plus amis de la réclame.

Je ne nommerai personne de parti pris.

Le Dr G... avait diagnostiqué « Fracture ». Or, après radiographie, l'industriel dit d'un ton tranchant. « Vous n'avez pas plus de fracture que moi, mon cher Monsieur ». Et le malade revient triomphant chez G..., qui, lui, ne triomphait pas. Notre confrère, dont vous connaissez la haute compétence, en tenait toutefois pour son diagnostic. Il demande à examiner l'épreuve avec laquelle précisément il démontra au malade et... à l'industriel qu'il y avait bel et bien une fracture très nette et très visible.

Vons trouverez sans doute que G. n'avait pas à se plaindre de sa déconvenue. En laissant aller son malade chez X..., il courait au-devant de ces ennuis. Un confrère radiographe n'eût, en effet, pas agi de la sorte : conscient de ses devoirs confraternels, il n'eût pas donné son diagnostic, juste ou faux, au malade, *sans en avoir, ainsi qu'il convient, conféré avec le médecin du malade.* Dans cette consultation, l'erreur de l'un, en admettant qu'il y en eût, aurait été redressée par les échanges d'idées des deux médecins, et ce, *au grand bénéfice du malade*, qui passa successivement, et inutilement pour lui, par la joie et la déception.

L'industriel en question en a d'ailleurs commis bien d'autres qui militent en faveur de notre thèse. Vous raconterai-je la pseudo-fracture de l'olécrâne chez un enfant de 13 ans. L'épreuve montrait une ligne claire entre la pointe de l'olécrâne et la partie principale de cet os, ligne due, comme vous le savez, à ce qu'à cet âge le point d'ossification olécrânien n'est pas soudé. On fit gravement le diagnostic de fracture de la pointe de l'olécrâne. Vous en pouvez rire, Messieurs, car, en général, les industriels radiographes ne se gênent pas pour en faire autant chaque fois que vous leur donnez l'occasion de constater une de vos erreurs de diagnostic ou de traitement.

Mais voici qui est plus grave. Notre confrère Reynier voudra peut-être bien, tout à l'heure, vous raconter en détails l'histoire d'une fracture de jambe radiographiée encore par un industriel, et si maladroitement maniée, qu'après l'opération radiographique, les os sortaient à travers le pansement. O antisepsie! Aussi n'était-ce point le métier d'un industriel, quelque habile radiographe fût-il, de manier un membre blessé. C'est affaire aux médecins et aux médecins seuls, vous en conviendrez. On pourrait multiplier les exemples et je m'arrête ici, car je suis certain que chacun de vous fournira le sien tout à l'heure.

Permettez-moi seulement encore d'apporter d'autres arguments en faisant passer sous vos yeux quelques radiographies, et en vous racontant leur histoire. J'espère ainsi vous démontrer l'utilité qu'il y a, pour ce genre de diagnostic, à joindre des connaissances médicales complètes aux aptitudes spéciales de radiographie.

Déjà tout à l'heure, à propos de cette fausse fracture de l'olécrâne, vous avez vu comment la connaissance de l'anatomie devait faire éviter des interprétations erronées. Voici un cas qui vous démontrera que les connaissances médico-chirurgicales peuvent aider à tirer bon parti de la radiographie et vous inciter à continuer des recherches d'une fracture bien que la première épreuve vous paraisse négative.

C'est le cas d'un confrère qui, sortant de sa baignoire et posant son pied sur le bord externe ressent tout à coup au niveau du tiers postérieur de son cinquième métatarsien une douleur *intense, bien localisée, persistant* encore 10 jours après. Il constate une légère ecchymose *progressive*, mais pas de crépitation, ni de mobilité anormale. La marche, quoique difficile et douloureuse, est possible avec un chausson, car le confrère fait des visites. Un de ses collègues, abusé sans doute par le courage du blessé, a diagnostiqué une entorse et lui a envoyé une « excellente masseuse » qui promet de le remettre d'aplomb en 10 jours. Une radiographie faite, le pied à plat, par un industriel, a d'ailleurs donné un résultat négatif. Pas de trace de fracture. Les dix jours sont passés et la masseuse n'a pas guéri son patient. Sur ces entrefaites, notre camarade se trouve en consultation avec moi, pour un de ses malades, et me raconte ses misères. Je l'examine et ne constate, en dehors de la difficulté de la marche, que deux choses ; « les traces de l'ecchymose qui fut sûrement progressive et la douleur *bien et nettement localisée en un seul point* (union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs du cinquième métatarsien ». Vous eussiez certainement, ce jour-là (10e jour, et peut-être aussi le 1er), fait, tous, le diagnostic de fracture du cinquième métatarsien Néanmoins, devant les négations du confrère, je lui proposai une nouvelle radiographie. Nous faisons une première épreuve, le pied à plat reposait par la plante sur la plaque, comme celle de l' « industriel ». Nous développons ensemble et mon confrère exulte, car sur le cliché, à l'éclairage de la lanterne rouge, nous ne distinguons pas de trait de fracture. Vous vous souvenez que le confrère n'en avait pas vu non plus sur le cliché fait par « l'industriel », que je n'ai pas eu du reste entre les mains. Cependant en regardant bien l'épreuve de cette première pose, vous pouvez apercevoir l'indication d'un trait plus pâle, peu nette. Toutefois sur le cliché on pouvait douter de la fracture. Mais, ma conviction comme médecin était si fortement établie dans le sens de la fracture que je ne me tins pas pour battu et j'insistai pour refaire une pose « la plante en l'air » et une autre de profil, c'est-à-dire le pied reposant sur son bord externe. Or, les deux poses, que voici, vous montrent très nettement, comme vous pouvez le voir, un beau trait de fracture sans déplacement. Le confrère s'était donc fait une fracture du métatarsien que vous trouverez sans doute pleine d'analogie dans sa cause et ses effets avec les fractures dites des jeunes recrues, les fractures du métatarsien que se font sans choc, dans une marche forcée, les conscrits non encore entraînés.

Bref, vous voyez qu'ici ce sont les connaissances du médecin qui ont poussé le radiographe à continuer ses recherches spéciales et lui ont permis de découvrir la vérité.

D'autre part, vous savez bien, Messieurs, qu'il ne suffit pas de faire une bonne épreuve. Vous nous demanderez encore, la plupart du temps, de l'interpréter. Mais notre expérience spéciale de radiographe n'est en définitive basée que sur nos connaissances médicales antérieures. Tenez, voici maintenant des radiographies de la jambe d'un malade que m'envoya cette année dernière un confrère. Ce malade portait à son tibia une augmentation de volume *fatalement progressive* malgré tous les divers traitements employés. On avait successivement posé tous les diagnostics, syphilis tertiaire, ostéo-périostite, etc., et l'on demandait à la radiographie un renseignement complémentaire. Me basant sur *cette épreuve et en même temps sur les signes cliniques*, je fus assez heureux pour affirmer le diagnostic de maladie de Paget auquel on n'avait pas songé tout d'abord à cause de la marche de la maladie qui, contrairement à l'ordinaire, évoluait d'une façon asymétrique.

D'ailleurs, quand le confrère et moi nous donnâmes notre diagnostic de maladie de Paget, le malade nous répondit immédiatement : « Ça ne m'étonne pas, mon frère est atteint du même mal depuis dix ans », et il nous apporta des radiographies de son frère. Les épreuves confirmèrent complètement notre dire par la comparaison que nous en fîmes avec celle de notre patient. Ici encore, Messieurs, vous le voyez bien, c'est le médecin autant que le radiographe qui trancha la question.

Ce malade nous a d'ailleurs fourni un autre argument à l'appui de notre thèse. Laissez-moi, en effet, vous rapporter la réflexion qu'il fit à son médecin, lorsque celui-ci lui proposa de le conduire chez un radiographe pour savoir s'il s'agissait de *syphilis* ou d'autre chose : « Est-il médecin votre radiographe ? parce que, si c'est de la syphilis, je ne tiens pas à confier la preuve à un industriel qui n'est point comme vous habitué et tenu *au secret professionnel.* » Vous le voyez, Messieurs, cette réflexion d'ordre pratique et que chacun pourra méditer, constitue par elle-même un argument de plus en faveur de « la *radiographie médico-chirurgicale aux médecins* ».

Ceci me conduit tout naturellement à l'argument principal qu'il fallait faire ressortir ici : « c'est l'intérêt même du malade ». Il est, en effet, vrai, cela va de soi et n'a pas besoin d'autres explications, qu'il sera bien plus profitable au malade de ne demander *son diagnostic* qu'à ceux dont c'est la profession d'en faire, c'est-à-dire aux médecins et de ne confier qu'aux mêmes le secret. de ses maladies. Celles-ci pourraient en effet se trouver fatalement divulguées, même sans aucune mauvaise intention et malgré toutes précautions, par les employés de l'industriel radiographe *non soumis comme nous à l'obligation du secret médical.* D'ailleurs, cela me semble tellement évident que je considérerais mon insistance à ce sujet comme blessante pour votre amour-propre. Je pourrais, Messieurs, faire passer encore devant vous bien d'autres radiographies encore plus probantes que celles-ci, mais je craindrais vraiment cette fois d'avoir l'air de faire un plaidoyer *pro domo meâ* et par suite, de nuire aussi à la cause que je.., que nous défendons tous, n'est-ce pas.

Si je veux éviter de parler de moi, vous voyez que j'évite avec autant de soin d'attaquer ceux de nos confrères qui ont pu par leurs écrits nuire à cette cause.

Vous voudrez bien remarquer, en effet, que je n'ai pas, et à dessein, traité devant vous la question de la radiographie dans les hôpitaux. Il y aurait beaucoup à dire à ce sujet. J'aurais été tenté de redresser devant vous certaines idées... officielles qui nous ont fait à tous le plus grand

mal, mais je craindrais de voir la discussion consécutive s'élargir beaucoup trop et par suite sa portée pratique s'atténuer. Aussi bien devons-nous éviter le plus possible de nous disputer entre nous et je souhaite de grand cœur que ceux qui me suivront à cette tribune en fassent autant.

Restreignons donc notre sujet à la simple pratique à la ville de la radiographie.... et des différentes branches accessoires de notre art.

J'espère que lorsque chacun de vous aura dit son mot sur ce point, tous comprendront que c'est aux médecins seuls de faire toute la médecine.

Certes, il est parmi les radiographes extra-médicaux des gens de très haute valeur, des physiciens de mérite, des photographes de talent. Nous n'en discutons point et nous rendons bien volontiers hommage à leurs efforts. Mais la question n'est pas là. Se *mêlant de médecine*, eux qui *ne sont pas médecins, ils se mêlent de ce qui ne les regarde pas*, d'une part, et nous n'avons pas, nous, d'autre part à les faire vivre à nos dépens ; toute la question pratique est là. De même, il peut y avoir parmi les gens qui font de la médecine à côté, par exemple chez « les magnétiseurs », des hommes remarquables sans que pour cela il soit nécessaire de leur confier ou de leur laisser nos malades. S'ils veulent faire de la médecine qu'ils fassent comme nous tous. Qu'ils l'apprennent dans tous ses détails et non dans quelques-uns ; qu'ils complètent leurs études et qu'ils prennent la peine de prendre comme nous leurs grades, et... de payer leur patente. Tout sera parfait. Mais jusque-là, sachons garder pour nous seuls les médiocres avantages de notre profession puisque *seuls* nous en supportons les charges de plus en plus lourdes. Nos ressources sont de plus en plus maigres, ne les gaspillons donc pas à plaisir et ne les laissons pas piller par ceux qui n'y ont pas droit. Et comme, somme toute, en ne confiant qu'aux seuls médecins tout ce qui a rapport au diagnostic et au traitement de nos malades, nous n'agissons qu'au mieux des intérêts de ces malades d'abord et des nôtres ensuite, ayons une bonne fois assez de solidarité et d'esprit pratique pour confirmer notre conduite à cette manière de voir.

Et, nous ne saurions trop le répéter en finissant, ce que nous disons de la radiographie doit être dit de l'hypnotisme de l'électricité, du massage, de la cinésie, etc., etc., en un mot de tous les moyens que peut employer le médecin et le *médecin seul* pour le diagnostic et le traitement de ses malades. Allons, confrères, sachez être une bonne fois pratiques en votre vie et nous obtiendrons qu'on laisse « *la médecine aux médecins* ».

LACAILLE.

Cette communication était terminée lorsque j'ai reçu, le 10 mars, une aimable carte de M. le Dr Béclère. Regrettant de ne pouvoir assister à la séance de ce soir et tenant à nous apporter l'appoint de son approbation pour la réussite de cette idée de défense professionnelle, notre collègue m'écrit ceci : « Qu'il s'agisse de radioscopie, de radiographie ou de radiothérapie, les rayons X, instruments de diagnostic ou de traitement doivent être maniés seulement par les médecins. » Je suis donc heureux de vous rapporter cette opinion très nettement exprimée.

E. L.

13 février 1902.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'Auxois.

Règlement Médical et Pharmaceutique au profit des Cantonniers en date du 8 Janvier 1902.

Semur (Côte-d'Or), le 7 avril 1902.

Très honoré et cher Confrère,

Vous avez dû recevoir, de la part de M. l'Ingénieur en chef des Ponts et Chaussées de la Côte-d'Or, un Règlement concernant les Médecins et Pharmaciens appelés à donner des soins et à fournir des Médicaments aux Cantonniers du Service des Ponts et Chaussées et du Service vicinal.

Ce règlement, approuvé par M. le Préfet, a-t-il été fait par M. l'Ingénieur en Chef, *seul ?* ou bien a-t-il été fait en collaboration avec les intéressés, c'est-à-dire avec des Médecins et des Pharmaciens ?..... C'est ce qu'on ne dit pas, et c'est ce qu'il ne serait pas inutile de savoir.

Dans tous les cas, *assimiler en quelque sorte à des indigents, à des nécessiteux* (pour lesquels seuls l'Assistance médicale a été organisée), *des fonctionnaires, des salariés de l'Etat*, nous paraît pour le moins.... une exagération !

Des cantonniers qui touchent 60 fr. à 80 fr. par mois, qui ont en général leur maison et un petit lopin de terre, peuvent-ils être considérés comme des indigents ?

Il n'y a pas de raison pour que bientôt, en faveur des Facteurs des Postes, des Instituteurs et Institutrices, des Employés des Contributions directes ou indirectes, etc., etc., nous ne soyons mis plus ou moins à contribution directe ou indirecte ! Puis viendront les Mutualités scolaires, les Mutualités agricoles, etc., etc. !

Comme on l'a fait pour les Sociétés de Secours mutuels et les Compagnies d'Assurances Accidents, comme on le fait pour les malades et les blessés *non indigents* qui entrent dans les Hôpitaux aux lieu et place des vrais pauvres, des vrais nécessiteux, il faut réagir.

Il est par trop aisé de faire de la Philanthropie aux dépens des Médecins ! Unissons-nous ; pas de concessions incompatibles avec nos intérêts matériels, avec notre dignité professionnelle, qui marchent ensemble ; là est le salut ; on ne nous estime qu'autant que nous nous estimons nous-mêmes.

Aussi, très honoré et cher Confrère, j'espère bien que vous réserverez votre adhésion ; vous ne pourrez la donner que lorsqu'il y aura un Règlement honorable, librement discuté et consenti par les intéressés.

Veuillez agréer, je vous prie, très honoré et cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternellement dévoués.

Dr Et. GUENOT,

Président du Syndicat Médical de l'Auxois, à la Roche-en-Breuil, Côte-d'Or.

P. S. — L'envoi de cette lettre a été retardé par des causes indépendantes de ma volonté ; si quelques Confrères surpris s'étaient engagés sans réfléchir, ils pourront reprendre leur liberté dans l'avenir.

N. D. L. R. — Le *Concours Médical* a déjà plus d'une fois signalé les tendances de l'Etat à mettre au rang des *assistés* ses petits agents de toute sorte, facteurs des postes, cantonniers, etc. M. le Dr Maurat a formulé sur ce point une belle protestation à l'assemblée générale de 1898. Nous félicitons M. le Dr Guénot d'avoir mis ses confrères en garde contre cet inconcevable abus.

VARIÉTÉ

Le thermomètre

Par le Dr MARIDORT.

Avez-vous remarqué, chers confrères, que l'entéro-colite mucomembraneuse exerce ses ravages principalement dans les familles hygiénistes ?

Je fus appelé dernièrement pour visiter un enfant atteint de cette maladie chronique. La mère me fit un vrai cours de thérapeutique.

Pour une cause mondaine, le bébé avait été privé de la nourriture naturelle. On me montra différents stérilisateurs : il me les fallut tous juger ; ils donnaient au lait une saveur de corne brûlée, prouvant la destruction d'une certaine quantité de matières organiques et nutritives. L'alimentation était admirablement réglée. Après les lavements, on avait passé aux lavages intestinaux, que, de temps à autre, on remplaçait par des suppositoires : la mère savait faire des massages de l'abdomen ; tous les deux jours, elle donnait soit de la magnésie, soit de la manne, soit de l'huile de ricin. La nourriture, aujourd'hui, se composait de raclures de viande cuite, de purées de légumes, de marmelades de pruneaux et d'autres fruits écrasés.

Mais l'enfant, toujours constipé, ne faisait que *peaux* et *scybales*.

Je songeais en moi-même combien cette nourriture stérilisée était artificielle : Comment ! pas un bon fruit cru, un peu grossièrement pelé, sur lequel il reste quelque utile ferment ! Dans ce lait surchauffé, plus un seul « germe susceptible de déterminer des diarrhées passagères » ! (G. LYON, *Clinique thérapeutique*, p. 332.)

Ainsi les enfants pauvres absorbent trop de microbes en jouant dans les ruisseaux croupissants, où pullulent le bacille d'Eberth, le coli-bacille, les œufs d'oxyures et d'ascarides. Les riches sont excluvement nourris d'aliments assainis, qui n'ont plus rien de commun avec la *matière vivante. La mort engendre la vie* n'est qu'un symbole spécieux, non conforme à la réalité scientifique. Les ferments extérieurs ne viennent pas en aide à ceux des organes digestifs. Peut être même les agents pathogènes, absorbés par les enfants des rues, en petite quantité chaque jour, les vaccinent-ils et les rendent-ils, pour l'avenir, plus résistants aux maladies infectieuses. Devant ce nouvel exemple de colite chez les riches, je concluais, avec audace, que, sauf en temps d'épidémie et de grande chaleur, il valait encore mieux laisser les mioches faire des pâtés de boue que de soumettre leur tube digestif à un régime trop sévère et trop absolu.

Je m'abstins bien, cependant, d'exprimer cette hypothèse plus philosophique qu'officielle. La dame lisait des journaux de médecine ; c'était une bonne mère qu'il ne fallait pas décourager, et je n'avais pas assez d'autorité, mon opinion était trop personnelle, pour pouvoir modifier en rien le régime de l'enfant, et cela, d'autant moins qu'un changement brusque eût tout d'abord semblé me donner tort : la muqueuse intestinale, enflammée, non accoutumée à des aliments plus grossiers, eût produit plus de membranes.

Comme l'enfant se plaignait, en même temps de mal à la gorge, je demandai deux cuillers d'argent et une bougie allumée « sans flambeau » : on me donna, comme toujours, cette dernière dans un bougeoir et entrée de force ; on parvint à l'en tirer avec difficulté, en lançant tout à l'entour des gouttes de cire. Je pris, dans la main gauche, une des cuillers et la bougie, de façon à ce que la flamme fut juste à hauteur de la concavité de la cuiller, et, ainsi muni d'une lumière et d'un bon réflecteur, j'examinai le fond de la gorge de l'enfant, en lui abaissant la langue à l'aide de la deuxième cuiller, tenue de la main droite.

Il y avait une légère pharyngo-amygdalite. La mère poussa des hauts cris, gronda la bonne, la gouvernante, son mari, qui n'avaient pas rentré l'enfant assez tôt, malgré ses ordres formels : « Il n'y a pas moyen de s'absenter une minute ! me dit-elle..... Ce n'est pas de nature diphtérique ? » Je la rassurai.

Je voulus procéder à la prise de la température et priai la dame de déshabiller son enfant, afin de lui placer le thermomètre sous le bras.

— Comment ! vous ne l'introduisez pas dans son *petit derrière* ?

— Non, Madame, je préfère le mettre sous l'aisselle.

—Mais, Monsieur, les auteurs disent....

— Oui, Madame, mais ce qu'ils ne disent pas, c'est qu'en sortant de là, je vais avoir à placer mon thermomètre sous le bras d'une charmante jeune fille, qui trouverait fort mauvais d'apprendre qu'il sort de l'anus, si lavé soit-il, d'un petit enfant.

— Mais, Monsieur, vous le plongerez dans l'*eau boriquée*.

Je lui expliquai que la connaissance de la température axillaire me suffisait amplement pour le cas présent, et, néanmoins, je réclamai de *l'eau boriquée* (!).

. . . .

Je ne fus jamais redemandé dans cette maison. Quand le mari est seul, il me salue : nous nous comprenons.

Un confrère, plus sérieux, exposa à la dame qu'il était réellement impossible d'établir un diagnostic si l'on n'avait pas la température rectale : « Moi, dit-il, je la prends même chez les adultes des deux sexes ! — Vraiment, docteur ? — Oui, Madame, affirma le malin qui me raconta plus tard l'histoire. Mais il reçut une observation, parce qu'il n'employait pas mes deux cuillers et la bougie pour examiner le fond de la gorge : un troisième fut élu.

(*Revue médicale de Normandie*).

REPORTAGE MÉDICAL

Bibliographie. — *Le Devoir social des collectivités envers les tuberculeux adultes et indigents*, par le Dr Boureille, ancien interne de la maison de Nanterre ; préface du Dr S. Bernheim, président de l'Œuvre de la Tuberculose humaine, 1902. (Chez Maloine, éditeur, 33, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

En écrivant ce livre, la préoccupation de l'auteur a été celle-ci, que certaines plaies n'existent que du fait d'un état social défectueux. Toute vie donne de l'usure. Quand le déchet ne dépasse pas une faible proportion, la médecine en a facilement raison. Mais s'il menace, par le nombre ou la qualité de ceux qu'il atteint, de démolir tout l'édifice, les spécialistes ne suffisent plus à le réparer. Pour arrêter sa ruine, la coopération de tous devient nécessaire.

Elle l'est par intérêt, ici esprit de conservation, et par humanité, car sans solidarité tout croule et disparaît.

Ceci constitue le devoir social.

Les tuberculeux, et parmi eux les adultes indigents, sont de tous les éclopés les plus intéressants.

Le médecin qui s'occupe d'eux s'inspirera autant de la psychologie et de l'économie politique que de la médecine. Il recherchera ce que l'homme a le droit d'attendre de la société, et ce que celle-ci a le devoir de lui offrir : au choc de ces deux idées, il trouvera la vérité.

L'auteur a divisé son travail en quatre parties.

Dans la première, il pose la question : la tuberculose est maladie sociale.

Les causes médicales : bacille, hérédité, maladies diverses prédisposantes, sont peu de chose à comparer à ses causes sociales. Ici, il passe en revue toutes les misères qui frappent de préférence les pauvres gens : syphilis, alcoolisme, surpeuplement, surmenage physique et intellectuel.

Tout ceci marche de pair avec la tuberculose.

Puis vient la liste des morts et blessés, lugubre défilé où chaque nation, chque race, trouve son compte de déchéance.

Le remède tiendra donc de la cause du mal.

C'est l'exposé du devoir social des collectivités.

Comment, jusqu'ici, les collectivités ont-elles compris ce devoir social ? C'est ce qui fait l'objet de la deuxième partie. L'État, les communes, les départements donnent plus de promesses que d'actes ; l'initiative privée se dépense en nombreuses ligues et œuvres, mais ses faibles forces n'arrivent pas à réparer la brèche.

Cependant les moyens ne manquent pas de guérir le tuberculeux. Sanatorium, hôpital, cure libre, dispensaire, se disputent l'honneur de le sauver. L'auteur montre ce qu'on peut tirer de tous ces procédés. Chacun a sa catégorie de clients, sa manière d'être, ses moyens financiers particuliers. Le sanatorium pour quelques-uns, le dispensaire pour le grand nombre, constitueront des armes très précieuses entre les mains des collectivités. L'assainissement, en substituant la salubrité à l'insalubrité, et non pas en déplaçant celle-ci, sera le moyen le plus pratique et le plus sûr de guérir les tuberculeux. L'Angleterre nous a montré le chemin.

Dans la dernière partie de l'ouvrage, le Dr Boureille étudie la façon dont actuellement les collectivités françaises peuvent et doivent assister les tuberculeux.

Après avoir parlé d'une entente internationale possible (elle existe bien pour les maladies exotiques), il examine le rôle des pouvoirs publics : lois sur les assurances et retraites ouvrières, en France et en Allemagne, sur l'alcool, sont examinées tour à tour.

La société doit l'assurance sociale contre les risques de l'existence à tous ceux qui concourent à sa fortune.

L'initiative privée tirera parti des assurances, des Sociétés financières, des Sociétés de secours mutuels, de la Croix-Rouge, qui lui apporteront leur appui financier. Les grands courants d'opinion, la science, la politique, la religion seront utilisés dans cette lutte sans merci pour la vie.

Les collectivités françaises possèdent les ressources nécessaires pour lutter avec efficacité contre la phtisie. L'intérêt, à défaut de pitié ou de solidarité, leur dictera leur devoir social envers les tuberculeux indigents.

En une série de cartes, le Dr Boureille met les décès par tuberculose, à Paris et en France, en regard de la pauvreté, du surpeuplement, de l'insalubrité. Elles sont presque superposables.

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche dernier sa 70e assemblée générale annuelle, sous la presidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 78.996 francs dont 16.255 fournis par les cotisations. 5.832 par les dons et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 9 sociétaires, 53 veuves ou familles de sociétaires, enfin 38 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 2 pensions viagères de 1200 francs chacune ont été allouées à des Sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 47,500 francs. Une somme de 22.929 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance, ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet.

Pourquoi donc, disait quelqu'un dernièrement, cette riche Société ne fusionne-t-elle pas avec l'Association Générale ?

Nous nous sommes souvent posé la même question sans y trouver la moindre réponse admissible. — Généralement, quand on veut fondre deux communes en une seule, c'est l'un des Conseils municipaux qui s'y oppose. L'obstacle est-il le même ici ?

Concours des Hôpitaux.

M. J. Darier commencera le samedi 24 mai, à 9 h. 1/4, un cours de dermatologie. Il se continuera les lundis, mardis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Concours des hôpitaux. (Chirurgie). — Consultation écrite : MM. Herbet, 17 ; Frédet, 17 ; Baudet, 20 ; Dujarier, 17 ; Veau, 17 ; Cunéo, 17 ; Mouchet, 18 ; Wiart, 16 ; Lapointe, 19 : Ombrédanne, 19 ; Robineau, 20.

Ont été déclarés admissibles aux épreuves de la seconde série : MM. Baudet, 69, ; Lapointe, 68 ; Ombredanne, 65 ; Robineau, 63 ; Cunéo, 63 ; Herbet, 61 ; Wiart, 61 et Dujarier, 61 ; M. Veau ayant obtenu le même point que le dernier admissible est déclaré *ex æquo*.

A la suite d'une erreur d'interprétation, par certains des candidats, d'une question peu clairement posée, le jury du concours a démissionné. M. Mourier a refusé cette démission et a décidé que les candidats ayant mal interprété la question seraient éliminés.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4819. — M. le docteur Vian, de Paris, présenté par M. le docteur Camescasse de St-Arnoult (Seine-et-Oise).

N° 4820. — M. le docteur Roblot, de Paris, présenté par M. le docteur Devoir, de Villeneuve-sur-Yonne.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. — N° 21 — 24 MAI 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La lutte contre l'encombrement médical

Une proposition séduisante.

Nous venons de recevoir de M. le Dr Perrimond, de Bourgoin (Isère), un très important travail, qui appelle la réflexion et les observations de tous nos lecteurs.

Dans un premier chapitre, l'auteur s'attache à faire ressortir ce fait peu douteux que l'encombrement local, provenant du choix peu judicieux des clientèles, conduit, tout droit, à des effets beaucoup plus graves et plus immédiats que ceux qui résultent de l'encombrement général, au sujet duquel, après l'étude de M. le Dr Gouffier, il reste peu à dire.

Le second chapitre est consacré à la démonstration que les mesures proposées, à titre de remèdes, par notre Commission spéciale, sont d'une application ou difficile ou parfois presque impossible, et que, d'autre part, l'action efficace en sera fort lointaine.

Dans ces préliminaires, notre excellent confrère, un peu accaparé par la séduction du système qu'il compte préconiser, n'a pas évité certaines exagérations et quelques erreurs manifestes, aujourd'hui démontrées, au sujet desquelles nous n'entrerons pas dans une discussion sans utilité.

Il nous plaît, bien davantage, de soumettre au referendum de nos attentifs lecteurs, la possibilité et les moyens de réaliser une idée, qui hantait le Conseil de Direction depuis l'époque même où surgit l'encombrement. Ils en peuvent retrouver la trace dans les *Propos du jour* du n° 17 (1897), des nos 11 et 13 (1898) : elle fut exposée avec détails dans le premier manuscrit traitant de l'organisation du *Sou médical*, en un chapitre particulier intitulé : « Meilleure répartition des clientèles » ; le programme définitif de cette Société, lu par M. le Dr Gassot à l'Assemblée de 1897, en parlait clairement comme d'une branche d'activité qu'il faudrait ouvrir un jour, et s'exprimait ainsi (voir brochure du *Sou médical*) :

« Ces divers points du programme assigné à la création proposée suffisent, et au-delà, à en légitimer l'urgente nécessité. Ils seraient les premiers sans doute à remplir ; mais notre horizon pourrait ne pas s'arrêter là, si nos confrères répondaient à notre appel en très grande majorité. Ne serait-il pas possible alors d'aborder le grave péril qu'incessamment va nous causer l'encombrement professionnel ? Nous entrevoyons la possibilité, au prix de grosses difficultés sans doute, mais avec la certitude de résultats précieux, d'atténuer les dangers de l'encombrement *local* appelé à multiplier ceux de l'encombrement *général*, si des habitudes meilleures ne sont pas données aux débutants ».

En publiant *in-extenso* le troisième chapitre du travail de M. le Dr Perrimond, sur la crise médicale, nous voudrions donc savoir, des membres du Concours médical, comment leur apparaîtrait *réalisable dans la pratique*, pour partie au moins, notre rêve de jadis, auquel un des bons lutteurs de la défense professionnelle a essayé de donner corps, sans avoir connu les échanges de vues, qui laissèrent la question en suspens.

S'il arrive que des solutions vraiment mise

au point et capables d'amener une organisation féconde en résultats nous soient soumises à ce sujet, nous n'hésiterons pas, fidèles à notre programme et à des habitudes qui nous sont chères, à pousser notre effort jusqu'à l'action, et jusqu'à une création nouvelle s'il le faut.

Mais, dans la recherche de la formule à trouver, nous prions nos correspondants de tenir un juste compte des difficultés provenant de l'état d'âme des débutants et de la défiance ombrageuse des détenteurs de postes médicaux, car là sont les obstacles réels contre lesquels il ne faut pas faire acte de violence.

La Ligue Médicale pour la répartition des clientèles.

L'association dont nous souhaiterions la création prochaine, cette Ligue Médicale pour la répartition des clientèles, ainsi que nous la désignons à défaut d'appellation plus juste (1), cette Association, disons-nous, serait à proprement parler une Association d'assistance et d'assurance professionnelle.

Son but principal serait d'étudier et assurer la création de postes médicaux en faveur de ses adhérents ; secondairement et, comme corollaire, d'éviter, dans la mesure de ses moyens, la possibilité de toute concurrence préjudiciable aux légitimes intérêts de ses membres. Enfin, l'Association pourrait poursuivre la réalisation des mesures si sagement préconisées par le Dr Gouffier et de toutes autres mesures pouvant contribuer à la diminution graduelle du nombre des médecins, si cette diminution toutefois lui paraissait vraiment opportune et nécessaire, car à notre avis, nous le répétons, il importe moins de tarir la source que d'endiguer et canaliser ses flots.

La Ligue Médicale ainsi établie sur des bases bien définies, intéresserait donc à titre égal tous les médecins de France, puisque les uns, grâce à elle, obtiendraient une situation supérieure à celle qu'ils pourraient personnellement se procurer, et que les autres contracteraient envers la Société une véritable assurance contre la concurrence.

Ainsi, l'Association aurait deux sortes de membres, des membres qui bénéficieraient directement des avantages de l'Association et qui seraient titulaires d'un poste créé par cette Association, nous les appellerons les membres titulaires ; puis des membres qui, sauf exceptions rares, ne retireraient de l'Association qu'un bénéfice indirect ou temporaire, ce serait les membres assurés que nous pourrions appeler membres honoraires.

Aux uns et aux autres de ces membres, la Société demanderait une cotisation annuelle très faible et égale pour tous : 5 à 6 francs par exemple. De plus, si la marche régulière de la Société devait occasionner des frais importants, une redevance spéciale complémentaire pourrait être exigée des membres titulaires. Cette redevance, d'ailleurs, serait susceptible de prendre différentes formes et pourrait consister soit en une somme fixe à donner une seule fois au moment de la prise de possession du poste concédé par la Société, soit en une cotisation annuelle, fixe ou proportionnée à l'importance du poste concédé. En outre, des redevances spéciales pour bons offices de la Société pourraient être exigées des localités ou administrations qui auraient obtenu un médecin grâce à son intervention. Ainsi, et sans compter les dons et legs qui pourraient lui être faits, la Ligue disposerait des ressources nécessaires à son bon fonctionnement.

Nous n'insistons pas sur l'organisation de la Ligue, qui serait nécessairement établie sur les mêmes bases que les autres œuvres du même genre ; aussi sans nous arrêter à la composition de son comité directeur, ni aux attributions des président, trésorier, secrétaire, etc., nous essayerons d'indiquer très rapidement la façon dont la Société pourrait réaliser le but proposé.

Pour la *création de nouveaux postes médicaux*, la Société se livrerait à des enquêtes minutieuses, soit directement, soit au moyen de sous-comités qu'elle pourrait créer dans chaque région, soit même par l'intermédiaire des Syndicats qui pourraient devenir pour elle de précieux auxiliaires. Ses investigations d'ailleurs se porteraient sur toute l'étendue du territoire français, c'est-à-dire aussi bien dans les colonies que dans la métropole. Partout où elle constaterait la possibilité d'organiser un poste médical dans des conditions avantageuses, elle entrerait en pourparlers avec les intéressés, c'est-à-dire suivant les cas, soit avec l'Etat, les départements, les communes ou syndicats de communes, les commissions hospitalières, soit avec des administrations particulières (établissements médicaux, Sociétés mutuelles, Compagnies d'assurances, Compagnies de navigation, usines, etc.).

En cas d'entente, un traité serait signé pour un nombre d'années déterminé. La Ligue Médicale prendrait l'engagement moral de faire assurer le service médical par un de ses adhérents. L'autre partie contractante s'engagerait de son côté à n'accepter que le concours d'un médecin officiellement présenté par la Ligue ; elle assurerait à ce médecin, et en vue d'un service médical déterminé, un traitement fixe annuel. Pour le surplus, il devrait être spécifié que les honoraires médicaux seraient toujours calculés sur les bases d'un tarif général (tarif Jeanne par exemple) et qui serait le même pour tous les postes créés par la Société.

La Ligue adresserait régulièrement à chacun de ses membres un *Bulletin officiel* qui contiendrait la liste de tous les postes vacants, avec désignation des conditions spéciales à chaque poste, et en outre, lorsqu'il s'agirait d'un poste anciennement créé, l'indication de tous les renseignements fournis par les précédents titulaires et rigoureusement vérifiés par la Société.

C'est sur cette liste, qui serait constamment tenue à jour, que les membres de la Société pourraient faire leur choix en toute liberté et en pleine connaissance de cause, d'autant plus que la Société serait tenue de leur communiquer directement les dossiers spéciaux à chaque poste et de leur donner tous les renseignements complémentaires qui paraîtraient nécessaires.

(1) La Ligue Médicale pour la répartition des clientèles mériterait peut-être de s'intituler l'*Ordre Médical*, puisque son véritable but serait de remédier au désordre qui préside actuellement à notre groupement professionnel. Par crainte de confusion avec le trop fameux Ordre des Médecins, nous préférerions toutefois donner à cette Ligue le titre d'ailleurs moins prétentieux de *Mutuelle Médicale*.

Tout poste médical vacant devrait être immédiatement et de droit concédé au membre de la Société qui le premier en aurait fait la demande. Celui-ci toutefois en prendrait possession non à titre de propriétaire définitif, mais uniquement comme usufruitier, la Ligue devant toujours conserver un droit absolu de propriété sur tous les postes créés par ses soins.

Malgré cette restriction, qui serait évidemment nécessaire dans l'intérêt commun et pour le fonctionnement régulier de la Société, la concession d'un poste donnerait des droits imprescriptibles au membre qui en deviendrait titulaire et qui, par la suite, conserverait la liberté absolue soit d'abandonner le poste à son gré à la condition de prévenir la Société quelques mois à l'avance, soit au contraire d'y rester indéfiniment sans que la Société puisse l'en déposséder, sauf dans le cas très rare d'exclusion pour des motifs graves et dûment spécifiés par les statuts.

La seule obligation imposée à chaque titulaire d'une clientèle appartenant virtuellement à la Société serait d'adresser chaque année au Comité de la Ligue un rapport mentionnant la situation morale et matérielle du poste. Ces rapports serviraient à fixer ultérieurement la valeur réelle des diverses clientèles ; ils permettraient d'ailleurs à la Société de remédier aux abus que les administrations contractantes pourraient commettre à l'égard des médecins titulaires et contrairement aux traités.

La liste des postes vacants créés par la Société et lui appartenant en propre pourrait en outre être complétée par une liste des postes également vacants, mais n'appartenant pas à la Société. Cette liste n'aurait qu'un caractère officieux car, dans ce cas, la Société ferait simplement l'offre d'intermédiaire entre les contractants éventuels ; aussi les conditions de cession seraient alors débattues directement entre le titulaire et son successeur et sans l'intervention de la Société, qui déclinerait dès lors toute responsabilité.

Telle serait, sommairement exposée, la façon dont la Ligue Médicale pourrait procéder pour créer en faveur de ses adhérents. des situations médicales nouvelles. Il reste à déterminer quels seraient très probablement les résultats obtenus, ce qui revient à rechercher quelle serait la valeur de ces postes nouveaux et quels seraient les médecins susceptibles de les occuper. Nous allons tâcher de répondre à ces deux questions capitales.

Les postes dus à l'initiative de la Ligue seraient en majeure partie des postes ruraux, cela est évident, car pour réaliser son véritable programme, l'Association devrait nécessairement abandonner les centres déjà médicalement encombrés et par suite négliger les cités populeuses pour restreindre son action aux chefs-lieux de cantons isolés et aux petites bourgades. Malgré cela, nous en avons la conviction, ces postes constitueraient généralement des résidences relativement agréables et parfaitement acceptables pour la grande majorité d'entre nous. Mais ce n'est pas là toutefois ce qui doit préoccuper le plus, car l'agréable doit en ce monde céder la place à l'utile, et l'essentiel est que ces postes puissent faire vivre honorablement les médecins qui s'y fixeraient.

Or, à ce point de vue, il ne saurait y avoir aucune crainte. La Ligue, si elle ne voulait pas compromettre irrémédiablement son œuvre devrait tout d'abord fixer le minimum des revenus nécessaires à un médecin, soit 5 à 6 000 francs par exemple, et s'astreindre à ne créer que des postes capables d'atteindre ou de dépasser ce minimum indispensable. Aussi, partout où la faible densité et la pauvreté notoire des populations feraient craindre une situation médicale insuffisante, l'Association se préoccuperait de compenser les aléas de la clientèle par l'obtention d'un traitement fixe plus ou moins important suivant les cas ; à défaut de ce fixe, le projet de création du poste serait définitivement abandonné.

Mais, cela nous paraît certain, les efforts de la Ligue aboutiront la plupart du temps, car son œuvre étant éminemment sociale, le concours des pouvoirs publics lui sera nécessairement acquis. Alors que la plus petite commune possède un instituteur et un curé ; alors que le moindre canton est largement pourvu de percepteurs, de juges de paix et de toute cette innombrable phalange d'employés très grassement payés par les contribuables, peut-on admettre qu'il ne soit pas consenti quelques légers sacrifices pour obtenir ce rouage social autrement utile et nécessaire qui s'appelle le médecin ? Aussi, dans les régions manifestement dépourvues de tout service médical, pouvoirs publics et Ligue Médicale seront naturellement amenés à s'entendre pour réaliser d'un commun accord une organisation indispensable entre toutes. Ainsi, sous la pression de l'opinion publique et au besoin d'ailleurs avec l'appui des Conseils généraux, les municipalités intéressées voteront presque toujours les allocations fixes que la Ligue aura estimées nécessaires.

Nous n'avons pas à déterminer de quelle façon pourront être établies ces allocations ni à rechercher si elles seront constituées par des souscriptions volontaires, des centimes additionnels ou des subventions départementales. Il nous suffit d'avoir établi en principe la nécessité et la possibilité de ces allocations et de faire en outre remarquer que ces allocations, qui ne seront plus offertes comme appâts aux médecins naïfs, perdront le caractère provisoire qu'elles affectent si souvent aujourd'hui, puisqu'elles devront être votées à titre définitif et seront ratifiées par le traité à très longue échéance que la Ligue Médicale exigera. Et ce traité d'ailleurs sera facilement accepté par les administrations intéressées qui y trouveront le seul moyen d'obtenir un médecin ; et il sera par la suite scrupuleusement respecté par ces mêmes administrations qui sauront que la suppression de l'allocation entraînerait fatalement le départ immédiat du médecin titulaire et la suppression définitive du poste par la Ligne.

Ainsi, par l'initiative de la Ligue, par sa collaboration naturelle et fatale avec les pouvoirs publics, des postes médicaux tous suffisants, quelques-uns même avantageux et dans tous les cas toujours absolument indépendants, seront facilement créés là où de nos jours les médecins isolés et réduits à leurs seules forces n'auraient que de très faibles chances de vivre d'une vraie vie de fonctionnaire et seulement encore au prix des pires sacrifices et des plus humiliantes courbettes aux pouvoirs publics.

Les postes ainsi organisés seraient-ils convoités par un certain nombre de médecins ? Cela nous paraît incontestable. L'attrait d'avoir un poste sûr, garanti par la Ligue, l'espoir de voir l'indépendance professionnelle assurée dans la plus large mesure possible par les traités qui lieraient les administrations envers la Ligue, et la perspective de pouvoir toujours à son gré quitter une situation insuffisante pour une autre plus rémunératrice feraient naître très rapidement un très grand nombre de candidatures. Nous croyons toutefois que ce qui entraînerait le plus grand nombre d'adhésions serait la certitude de pouvoir toucher chaque année un traitement fixe important. C'est que, suivant la très judicieuse observation de M. le Dr Gassot (1), « il est à remarquer que les médecins s'attachent de plus en plus à ces honoraires (traitements fixes) sur lesquels ils peuvent compter d'une manière régulière ; certains, bien que trouvant leur situation très modeste, déclarent vouloir la conserver à cause de ces traitements qu'ils préfèrent aux aléas de la clientèle ». (*Enquête du Concours médical sur les situations médicales*).

Et qu'on ne dise pas d'autre part que beaucoup de médecins désireux de trouver une situation convenable se laisseraient rebuter par la perspective d'une clientèle rurale. La situation du médecin de campagne vaut souvent beaucoup mieux en effet que celle du médecin de ville. « C'est que, comme le fait encore remarquer le Dr Gassot (*Concours médical*, même page) dans les régions où les clientèles sont moindres, la vie est moins coûteuse, les frais moins onéreux ; c'est que les clientèles des régions qui paraissent plus favorisées et qui souvent exigent une activité beaucoup plus grande ne laissent pas souvent beaucoup plus de bénéfices et ne donnent pas en médecine une satisfaction plus grande. »

Ainsi, les postes créés par la Ligue médicale seraient sûrement recherchés, et recherchés non seulement par les médecins nouvellement diplômés qui n'auraient pas de clientèle en vue, mais encore par les médecins qui sont mécontents de leur situation actuelle, par ceux qui ne peuvent pas vivre exclusivement de leurs recettes médicales. L'enquête faite par le *Concours médical* (1901, n° 32, page 377) nous apprend que sur cent médecins mécontents, 75 n'abandonneraient pas volontiers leur clientèle même insuffisante et que 25 seulement seraient disposés à « changer, avec leur clientèle, leurs habitudes et leurs relations. » Ce sont ces 25 °/o qui auraient tout d'abord recours aux bons offices de la Ligue médicale ; mais un certain nombre des 75 autres se laisseraient sans doute impressionner plus tard par l'exemple des premiers, et toutes leurs hésitations tombant, ils viendraient peu à peu grossir le nombre des clients habituels de notre Association, d'où diminution progressive et fatale de l'encombrement.

Mais si la Ligue Médicale devait avoir pour principal objectif la création de postes médicaux nouveaux, elle aurait cependant un autre but qui, pour être un peu secondaire, ne mérite pas moins une sérieuse considération. A côté des membres titulaires de la Société, il y aurait, avons-nous dit en effet, des membres honoraires. Ceux-ci seraient les médecins déjà établis, les heureux possesseurs d'une clientèle qui suffit à leur ambition, mais qui, désireux de conserver intacts les bénéfices de leur situation acquise, contracteraient envers la Ligue une sorte d'*assurance contre la concurrence*. Il importe de bien spécifier en quoi consisterait exactement cette assurance.

Tout d'abord, il est incontestable qu'en pourvoyant à l'installation d'un certain nombre de confrères, la Société diminuerait d'autant les chances de concurrence pour ses membres honoraires, et ce serait déjà un premier avantage.

D'autre part, lorsqu'un membre honoraire, se trouvant lésé par l'arrivée inopportune d'un nouveau confrère, ferait appel au concours de l'Association, celle-ci, après enquête, pourrait faire très confraternellement des démarches auprès du nouveau venu pour l'engager à renoncer à son projet d'installation dans une localité suffisamment desservie ; elle lui offrirait d'ailleurs en échange un de ses postes à elle. Il est probable que, dans bien des cas, cette démarche obtiendrait un résultat satisfaisant, car entre la situation incertaine qu'il pourrait avoir en restant en concurrence avec un confrère et la situation beaucoup plus sûre offerte par la Société, le confrère nouveau-venu n'hésiterait sans doute pas d'ordinaire, et, certain d'obtenir par ailleurs une excellente compensation, il se déciderait souvent volontiers à laisser le champ libre au premier occupant.

Dans les cas d'ailleurs où la démarche tentée par la Société resterait infructueuse, le membre honoraire qui, par suite d'une concurrence dont le besoin ne se ferait pas sentir, se verrait dépouillé d'une partie importante de sa clientèle, conserverait encore la possibilité de changer de poste lui-même, le concours de la Société lui étant toujours acquis de droit dans la plus large mesure possible, puisque les membres honoraires payant les mêmes cotisations que les membres titulaires auraient les mêmes droits aux bons offices de l'Association.

Bien entendu, la Ligue Médicale ne s'adresserait pas uniquement aux médecins déjà diplômés ; *les étudiants en médecine* pourraient aussi devenir membres de la Société, c'est même auprès d'eux que la société, par une propagande active, tâcherait surtout de se faire connaître et apprécier. Dans chaque Faculté de Médecine, des avis permanents et très apparents, placardés aux endroits les plus fréquentés, préviendraient les étudiants que la Ligue est à leur entière disposition pour le choix d'une clientèle.

Les étudiants qui deviendraient membres de la Ligue (ils pourraient être dispensés du paiement des cotisations) auraient d'ailleurs un rôle important à y remplir. La Société pourrait les charger du service des *remplacements médicaux* : ce qui permettrait aux médecins membres de la Ligue de se faire remplacer en cas de maladie ou même de prendre chaque année quelques jours de repos sans que leur clientèle ait à en souffrir.

Tel pourrait être, dans ses grandes lignes, le rôle essentiel de la Société. La Ligue Médicale constituerait donc une sorte de *bureau de placement* régi par les principes de la mutualité la plus pure ; elle serait en même temps une véri-

(1) *Concours médical*, 1901, n° 36, page 426. Enquête sur la situation médicale.

table *Société d'assurance* garantissant ses adhérents contre le chômage et la concurrrence, puisque, grâce à elle, les médecins pourraient toujours être certains de trouver une clientèle suffisante et sûre.

Son résultat immédiat serait l'éparpillement, *l'écartement des clientèles* médicales, c'est-à-dire la suppression plus ou moins complète de ce prétendu encombrement dont nous souffrons. Secondairement et comme conséquence, toute naturelle, l'action de la Ligue conduirait vraisemblablement, dans un temps plus ou moins éloigné, à une *limitation des clientèles* telle que certains d'entre nous la demandent, mais la limitation dans ce cas se ferait progressivement, en toute liberté, par le plein gré des médecins intéressés et sans immixtion de l'Etat, sans apparence de fonctionnarisation, car la Ligue ne serait pas une administration publique enrégimentant de force les médecins qu'elle obligerait à se courber sous le joug d'une hiérarchie puissante plus ou moins galonnée et honorée ; elle serait et resterait forcément une Société mutuelle composée de confrères désireux de s'entr'aider et de se soutenir, mais restant toujours tous égaux et tous libres.

En dehors des résultats directs, la Ligue médicale pourrait encore et par surcroît procurer des avantages généraux très appréciables et que nous pouvons résumer ainsi :

1° *Maintien à un niveau élevé de la dignité et de la moralité professionnelles*, puisqu'il est évident que c'est la concurrence, résultat de l'encombrement, qui compromet le plus cette moralité et cette dignité et que, par suite, l'action de la Ligue pourrait être bien plus efficace que les savantes conférences de déontologie ;

2° *Indépendance absolue du médecin* vis-à-vis de la clientèle proprement dite que le médecin pourrait toujours quitter à son gré grâce au concours de la Ligue ; et surtout vis-à-vis de toutes les administrations et collectivités qui actuellement exploitent et oppriment les médecins isolés et sans défense, mais qui seraient alors tenues par les traités contractés envers la Ligue ;

3° *Amélioration de la situation matérielle du médecin* par suite de la facilité pour les médecins de changer de situation à leur gré et de passer d'un poste insuffisant à un autre plus rémunérateur ;

4° *Élévation générale progressive du tarif des honoraires médicaux*, puisque, conformément aux traités qui seraient conclus, le tarif de la Ligue devrait être appliqué dans tous les postes créés par elle et que, par suite, cela est à prévoir, les médecins voisins de ces postes et même non adhérents à la Société seraient amenés à adopter ce tarif plus avantageux que les tarifs généralement appliqués. Au surplus, par suite de la diminution de l'encombrement, la loi de l'offre et de la demande deviendrait moins préjudiciable au corps médical puisque les médecins, plus rares sur un même point et dès lors plus demandés pourraient naturellement exiger des honoraires plus élevés ;

5° *Diminution graduelle de l'exerciee illégal* puisque celui-ci prend surtout son origine dans les régions dépourvues de médecins et que ces régions étant progressivement conquises par les soins de la Ligue, l'exercice illégal serait peu à peu délogé de scs meilleurs repaires ;

6° *Conséquences humanitaires importantes* et qui doivent bien entrer en ligne de compte. C'est que la Ligue médicale aurait un but éminemment social et que, par une meilleure répartition des médecins, elle assurerait les secours réguliers de la science à un grand nombre de populations actuellement tout à fait déshéritées à cet égard.

Du reste, à mesure que la Ligue gagnerait en importance et en richesse, d'autres avantages pourraient être acquis.

Ainsi, par exemple, les divers postes médicaux créés par la Société pourraient être divisés en plusieurs catégories suivant leur importance. Les postes des premières catégories, ceux dont le rendement serait modique quoique suffisant ou dont le séjour paraîtrait peu agréable deviendraient des *postes d'attente* destinés aux nouveaux adhérents de la Société qui auraient à y demeurer un an ou deux, et ce ne serait qu'après cette période de stage obligatoire qu'ils acquerraient le droit de postuler à une clientèle d'une catégorie plus élevée : ce qui serait dans unc certaine mesure la réalisation du projet émis par le Dr Surbled (de Paris) (1), projet qui mérite, croyons-nous, d'être pris en bonne considération.

A côté de ces postes d'attente, pourraient exister des *postes de repos* qui seraient exclusivement réservés aux Sociétaires que l'âge, les infirmités ou la maladie auraient rendus relativement impotents. Ces postes qui n'exigeraient pas une très grande activité, mais qui offriraient un fixe important (il en existe déjà beaucoup et nous en connaissons personnellement quelques-uns) permettraient à tous les *invalides du travail médical*, aux vaincus de la vie professionnelle, de dépenser utilement leur restant d'énergie et d'écouler leur vie honorablement, d'autant plus qu'ils pourraient cumuler les bénéfices de cette situation privilégiée avec les avantages qu'ils pourraient retirer des autres Sociétés professionnelles (association générale, caisses de retraites ou d'indemnité-maladie, etc.).

En plus du service des *remplacements médicaux* dont nous avons parlé plus haut à propos des étudiants en médecine et qui rendraient d'incontestables services, la Ligue pourrait encore reprendre, le cas échéant, l'idée soutenue il y a quelques années par le Dr Dumas (2) et organiser un *service d'assistants*, lesquels se recruteraient parmi les jeunes docteurs qui, avant de s'établir, désireraient se familiariser avec la pratique de notre art auprès « de vieux confrères expérimentés et honorablement connus... à qui d'ailleurs ils apporteraient aide et considération. » Quelles que soient les critiques qui ont été formulées contre ce projet, nous croyons en effet qu'il pourrait dans certains cas rendre de réels services ainsi qu'il en rend d'ailleurs dans les nations voisines où ce système est en vigueur depuis très longtemps déjà. Il est à remarquer du reste que ce projet, repris par la Ligue, perdrait le caractère obligatoire que voulait lui donner le Dr Dumas et que par suite il resterait une simple facilité réservée à ceux de

(1) *Concours médical*, 1900, n° 7.

(2) *Echo médical des Cévennes*, 1900, n° 1.

ses adhérents qui voudraient en bénéficier.

D'autre part, lorsque la fortune de la Société le permettrait, il pourrait être donné, dans certains cas, un *appui pécuniaire* à ceux de ses Sociétaires qui seraient obligés de changer de clientèle. Dans le même but d'ailleurs, et par suite d'entente avec les diverses Cies de chemin de fer, la Ligue pourrait peut-être obtenir une certaine réduction des tarifs, ce qui permettrait à tous les sociétaires changeant de résidence de déménager à des conditions moins onéreuses.

Dans les postes où le médecin aurait à faire de la *pharmacie*, et ces postes seraient peut-être nombreux, la Société pourrait encore acquérir le fonds pharmaceutique, ce qui faciliterait singulièrement le changement de clientèle à ceux des sociétaires qui seraient titulaires de ces postes, et ce qui du même coup lèverait un gros souci à ceux de ces sociétaires qui devraient cesser la pharmacie par suite de l'installation d'un pharmacien dans leur résidence, et cela sans préjudice pour la Société, qui pourrait établir une sorte de ventilation entre ses divers postes et utiliser ailleurs les fonds de pharmacie devenus inutiles sur un point.

Enfin, par la création d'une *Bibliothèque médicale roulante* et même d'un *Arsenal chirurgical roulant*, la Ligue pourrait rendre moins pénible à ses adhérents l'éloignement des grands centres professionnels, en leur permettant de se tenir constamment au courant des progrès de la science, par la possibilité de disposer des principaux et plus récents ouvrages de médecine et d'autre part, de pouvoir utiliser, le cas échéant, des instruments de chirurgie qui sont d'un usage peu fréquent ou d'un prix trop élevé.

D'autres avantages encore pourraient être fournis par cette Ligue Médicale qui resterait d'ailleurs susceptible de recevoir ultérieurement toutes les améliorations reconnues nécessaires et pratiques.

Mais nous n'insistons pas davantage, nous croyons en avoir dit assez en effet pour montrer toute l'utilité d'une Ligue Médicale pour la répartition des clientèles ainsi que les innombrables avantages qu'elle pourrait prodiguer à la corporation médicale. Nous estimons, d'ailleurs, que, seule, cette Ligue pourrait avoir raison du marasme au milieu duquel nous nous débattons et que sans elle toutes les réformes proposées risqueraient de rester sans effet tangible.

Reste à savoir comment et par qui cette Ligue si utile pourrait être organisée. Ce n'est pas là, toutefois que nous paraît résider la plus grosse difficulté, car la Société Civile du *Concours Médical* pourrait très aisément mener à bien une pareille œuvre, ses précédentes créations nous en donnent la certitude absolue.

C'est que le Concours Médical a déjà fait beaucoup pour l'amélioration de la profession médicale. Par la création de nombreuses Sociétés filiales, il a vaillamment soutenu les intérêts généraux de la profession et pris en même temps la défense de nos intérêts individuels surtout en justice. Il a, d'autre part, assuré des indemnités aux malades, des retraites de droit aux vieillards et aux infirmes. Mais nous croyons que sa tâche ne sera vraiment complète que lorsque, par une organisation nouvelle, il aura assuré du travail aux valides. C'est que nous n'hésitons pas à le dire, ceux qui meurent de faim faute d'avoir su ou pu trouver à dépenser utilement leur intelligence et leur dévouement, ceux qui brusquement voient leur gagne-pain compromis, leur situation acquise amoindrie par l'arrivée d'un concurrent dont le besoin ne se faisait pas sentir, tous ceux-là, disons-nous, sont aussi dignes de pitié que ceux que l'âge ou la maladie ont terrassés. Il faut donc qu'à tous ces vaincus, à tous ces déshérités, à toutes ces victimes, la grande famille médicale tende une main secourable. Il faut que, pour les parias de la profession, il y ait enfin, à côté de la charité ordinaire, cette charité plus digne et plus noble qui s'appelle l'*assistance par le travail.*

Le roi Henri voulait que tout citoyen pût mettre la poule au pot le dimanche ; nous voudrions, nous, que tout médecin puisse vivre honorablement de la seule utilisation de son diplôme. C'est un rêve, nous dira-t-on peut-être ; oui c'est un rêve, mais un beau rêve qui nous semble pouvoir être réalisé par une Ligue Médicale pour la répartition des clientèles. Aussi, ce rêve, nous l'abandonnons avec confiance aux méditations des membres du Concours Médical. Que notre projet soulève les discussions et les critiques ; que toutes les idées généreuses se fassent jour et Dieu fasse que de l'effort combiné de toutes nos énergies, il puisse bientôt résulter une nouvelle œuvre professionnelle digne de ses aînées et apportant à notre malheureuse corporation encore un peu plus de justice et de bien-être. Ce serait notre vœu le plus cher. Ce serait aussi, nous semble-t-il, un magnifique fleuron à ajouter à la couronne déjà si belle de notre vaillant et infatigable Concours Médical.

En résumé, pour améliorer la situation actuellement précaire du corps médical, il importe moins de diminuer le nombre des médecins que d'assurer leur groupement plus uniforme dans les diverses régions.

Donc, organisation systématique du corps médical, meilleure répartition des médecins, tel est le but à atteindre. Pour y arriver, il ne faut compter ni sur l'intervention gouvernementale qui, dangereuse, ne pourrait nous offrir que la limitation des clientèles ou la fonctionnarisation du corps médical ; — ni sur l'initiative individuelle des médecins qui s'est révélée insuffisante et même funeste.

Seule, l'initiative corporative peut se montrer vraiment efficace ; mais pour donner son maximum d'effet utile, elle nécessiterait une organisation collective sérieuse.

Aucune des associations professionnelles déjà existantes ne saurait offrir l'organisation collective qui paraît nécessaire. En effet :

1° Les Syndicats médicaux ont à faire œuvre de police, non d'organisation, et ils ne pourraient lutter contre l'encombrement lui-même sans aller à l'encontre de leur but primordial.

2° L'Union des Syndicats Médicaux de France ne peut et ne doit se préoccuper que des questions exclusivement syndicales ; son rôle est de servir de trait d'union entre tous les syndicats dont elle réalise l'entente et auxquels elle imprime une marche uniforme.

3° Le Sou Médical est une Société de combat ; c'est l'arme fortement trempée qui doit nous permettre de défendre victorieusement nos droits envers et contre tous. Ce serait fausser cette arme précieuse que de la faire servir à une beso-

gne à laquelle elle n'est pas destinée ; il y aurait donc inconvénient grave à demander au Sou de nous organiser alors qu'il a déjà bien assez à faire pour nous défendre.

On ne peut donc remédier à la crise actuelle que par une organisation nouvelle spécialement créée dans ce but, par une Ligue Médicale pour la répartition des clientèles.

La Ligue pour la répartition des clientèles (Ordre Médical ou Mutuelle Médicale) serait un bureau de placement médical régi par les principes de la mutualité la plus pure ; elle serait en même temps une Société d'assurance contre le chômage et la concurrence.

Son but serait : 1° de créer des postes médicaux nouveaux au profit de ses adhérents ; 2° d'éviter à ses adhérents toute concurrence inutile ; 3° de prendre éventuellement des mesures pour la diminution progressive du nombre des médecins. La Ligue atteindrait sûrement ce but avec le concours des Syndicats médicaux et l'appui des pouvoirs publics.

Son résultat immédiat serait l'éparpillement, l'écartement des médecins, ce qui ultérieurement pourrait conduire à une véritable limitation des clientèles, cette limitation n'étant due toutefois qu'au libre fonctionnement de la Ligue, sans immixtion de l'Etat.

Par la réalisation complète de son programme, la Ligue pourrait avoir des conséquences générales importantes qui se résument ainsi :

1° Maintien à un niveau élevé de la dignité et de la moralité professionnelle.

2° Indépendance absolue des médecins vis-à-vis des clients ordinaires et surtout vis-à-vis de toutes les administrations et collectivités.

3° Amélioration de la situation matérielle du corps médical.

4° Elévation générale progressive du tarif des honoraires médicaux.

5° Diminution sensible de l'exercice illégal.

6° Répercussion favorable sur l'organisme social tout entier auquel elle assurerait les secours plus réguliers de la science.

Ultérieurement, la Ligue serait susceptible d'améliorations nombreuses qui pourraient avoir une heureuse influence sur l'avenir de notre profession et dont les principales auraient pour but.

a) L'assistance aux confrères invalides (postes de repos).

b) L'enseignement de la pratique médicale (postes d'attente, remplacements médicaux, assistants médicaux).

c) Amélioration de la situation des médecins établis (remplacements médicaux, pharmacies rurales, bibliothèque médicale roulante, arsenal chirurgical roulant, appui pécuniaire dans certains cas, etc..)

C'est la Société civile du *Concours médical* qui seule, par une généreuse initiative, pourrait mener à bien la création de cette bienfaisante Ligue médicale dont la devise pourrait être « Assistance confraternelle et mutuelle par le travail. »

Bourgoin le 3 mai 1902.

Dr PERRIMOND.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les formes anatomo-cliniques circonscrites de la tuberculose du genou.

M. le Dr *Lucien Camus*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de la tuberculose circonscrite du genou ; voici en quelques mots les résultats de ses remarques personnelles :

La tuberculose du genou — ostéo-synovite fongueuse — avant d'être diffuse, présente parfois, soit au début, soit au cours de son évolution, des localisations topographiques intéressantes.

Ces localisations topographiques s'expliquent par l'existence, au niveau de l'articulation du genou, de départements anatomiques, qui créent pour l'affection autant de formes cliniques circonscrites. Ces départements anatomiques sont au nombre de trois principaux ; ils correspondent à la double articulation condylienne fémoro-tibiale et à l'articulation fémoro-rotulienne. Les formes anatomo-cliniques correspondantes peuvent être désignées sous les noms de *fémoro-tibiales condyliennes interne et externe* et de *fémoro-rotulienne sous-tricipitale*.

Les deux formes *fémoro-tibiales condyliennes* sont les plus graves ; toutes deux coexistent souvent ; le début est insidieux ; les lésions qui ont une grande tendance à la diffusion rapide, sont profondément situées à l'origine et difficiles à explorer et à traiter directement. De plus, elles intéressent la grande articulation fémoro-tibiale, la plus importante au point de vue fonctionnel. La variété *fémoro-rotulienne sous-tricipitale* est intéressante par sa topographie, son exploration et son traitement faciles. Cette variété peut être non suppurée ou suppurée. Dans le premier cas, le traitement applicable est le traitement classique. Dans le second cas, il y a avantage, pour l'avenir fonctionnel du membre, à pratiquer l'*ostéo-synovectomie partielle et précoce*, en se conformant à ces deux grands principes : *respecter le cartilage antérieur de la rotule ou pratiquer la résection sous-périostée*, pour ne pas interrompre la continuité du quadriceps ; — *rechercher la réunion par première intention* en vue de la mobilisation précoce de la jointure.

Le pneumothorax chirurgical.

M. le Dr *Henri Delagénière*, du Mans, a publié, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, une très intéressante étude du pneumothorax chirurgical qui est la conséquence presqu'inévitable de toute intervention opératoire sur le poumon.

Nous ne croyons guère, dit-il, aux dangers si grands et si graves du pneumothorax opératoire, *mais à la condition de le provoquer sagement*, pour ainsi dire scientifiquement, et surtout à la condition indispensable de le faire cesser aussitôt que possible. Nous sommes arrivés peu à peu à cette conception par l'observation de plusieurs malades bien observés, et nous avons pu ainsi établir que :

1° Le pneumothorax produit rapidement est dangereux, mais non fatalement mortel. Il faut donc, quand on le provoque, le provoquer lentement. On a ainsi entre les mains un moyen qui peut devenir précieux, lorsqu'on n'a pas

d'autres ressources, pour arrêter certaines hémorragies pulmonaires. Ainsi provoqué lentement, le pneumothorax paraît inoffensif.

2° Il est possible d'arrêter, en cas de menace d'accidents, la formation d'un pneumothorax, en attirant le poumon dans l'orifice de la plèvre et en l'y suturant. Cette ressource toujours réalisable enlève la dernière crainte qui puisse rester au cours de l'opération. On peut, dès lors, considérer comme démontrée l'innocuité absolue du pneumothorax provoqué lentement.

3° Il est très facile de supprimer les accidents secondaires du pneumothorax, c'est-à-dire le point de côté, la dyspnée, l'asphyxie lente, en tendant à faire le vide dans la cavité pleurale quand la plèvre est suturée. Un appareil aspirateur quelconque suffit pour obtenir ce résultat. Le poumon reprend aussitôt son volume normal, ou, du moins, le volume qu'il avait avant l'opération.

4° Comme déduction de ce qui précède, on devra, dans les cas de chirurgie pleuro-pulmonaire à diagnostic obscur, lorsque les plèvres sont restées saines, provoquer doucement un pneumothorax, ouvrir ensuite largement la plèvre, explorer les plèvres et le poumon, puis, extérioriser la partie du poumon sur laquelle portera l'intervention, et fermer la plèvre, enfin supprimer le pneumothorax.

Voici, maintenant, les détails de technique, que M. Delagénière préconise pour la chirurgie pulmonaire :

Préparation du malade. — Après s'être assuré de l'intégrité fonctionnelle du poumon sain, le malade sera endormi au chloroforme. L'anesthésie générale est toujours difficile dans les cas de chirurgie pulmonaire, en raison des risques d'intoxication ou d'asphyxie. On devra toujours donner la *dose minima* de chloroforme, et on suspendra l'administration de l'anesthésique au moment où on pratiquera l'ouverture de la plèvre.

La peau du thorax sera savonnée et vigoureusement brossée, les poils de l'aisselle rasés avec soin. Puis, le malade sera couché sur le côté sain, le chirurgien placé derrière son dos, pendant que l'aide se tiendra en face. Le bras du côté à opérer sera maintenu relevé par dessus la tête du malade, de façon à rendre bien apparentes les lignes axillaires antérieure et postérieure.

Tracé de l'incision. — Nous cherchons la huitième côte en commençant par la douzième, et nous déterminons son trajet. Sur cette côte et partant en arrière de la ligne axillaire postérieure, nous descendons une incision oblique que nous arrêtons à l'extrémité de la côte. A l'extrémité postérieure de cette première incision, nous en menons une deuxième en haut, en suivant la direction de la ligne axillaire postérieure. Cette incision mesure 6 à 8 centimètres.

A l'extrémité antérieure de la première incision, nous en menons une troisième, parallèle à la seconde et de même longueur, de façon que le lambeau dessiné prenne la forme d'un U.

Les incisions sont pratiquées jusqu'au squelette, puis le lambeau circonscrit est détaché des côtes et rejeté en haut.

Résection costale. — La face externe des huitième, septième et sixième côtes est alors mise à nu. Chacune de ces côtes est isolée au moyen de la rugine et réséquée à l'aide du costotome depuis l'angle postérieur de la côte jusqu'à l'articulation chondro-costale. Il s'agit donc d'une résection sous périostée, toujours préférable quand, de parti pris, on ne veut pas réséquer la plèvre pariétale d'après la méthode de Schede.

Dans certains cas, on devra réséquer la neuvième côte ou la cinquième, mais on se contentera de la résection des huitième, septième et sixième pour pratiquer l'exploration.

Ouverture de la plèvre. — Dans la partie moyenne de l'espace occupé par la huitième côte (1), nous pratiquons au bistouri une petite incision de 15 à 20 millimètres de longueur et pénétrant dans la plèvre. Nous tenons les lèvres de cette petite incision écartées l'une de l'autre, faisons cesser le chloroforme, et surveillons avec soin la respiration du malade pendant l'entrée de l'air.

Si la respiration nous paraît gênée, nous obturons momentanément l'orifice, soit au moyen d'un tampon, soit en saisissant le poumon et en l'attirant avec une pince dans l'ouverture. Lorsque la respiration est redevenue régulière, nous recommençons à laisser pénétrer de l'air, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'abaissement du poumon soit complet.

Lorsqu'à ce moment le malade ne paraît plus incommodé par son pneumothorax, nous agrandissons l'ouverture de la plèvre avec les ciseaux, toujours dans l'espace occupé par la côte, et de façon à pouvoir y introduire la main entière et l'avant-bras.

Exploration. — C'est par cette large ouverture que nous faisons l'exploration. En tenant les lèvres de la plèvre écartées, nous inspectons à la vue le contenu de la cavité pleurale. La coloration des différentes parties du poumon nous renseignera ; de même, les adhérences partielles pourront être vues.

Mais c'est surtout avec le doigt et la main que l'exploration se fera. On trouvera toutes les adhérences et on en détachera quelques-unes si elles s'opposent à l'exploration du poumon. Puis, procédant avec méthode, on explorera la plèvre diaphragmatique, la plèvre costale, la plèvre médiastine. Suivant alors le feuillet viscéral, on introduira le doigt dans les scissures, on cherchera le hile, puis le sommet du poumon.

L'exploration du poumon se fait par la palpation. On pétrit pour ainsi dire le poumon dans sa main, et s'il existe un foyer, une tumeur, on le reconnaît à sa consistance plus grande. Si on trouve un de ces foyers, on devra toujours chercher avec soin s'il n'y en a pas plusieurs.

L'existence du foyer reconnue, on devra chercher à apprécier la situation exacte par rapport à la surface externe du poumon, car c'est par cette surface externe, qui répond à la plèvre costale, que l'intervention se fera, et pour que cette intervention puisse se faire avec sécurité, c'est la partie de la surface externe correspondant au foyer qui devra être extériorisée dans une étendue en rapport avec le volume du foyer. Or, tous ces renseignements s'acquièrent facilement par la palpation manuelle du poumon, palpation inoffensive et qui n'expose à aucun accident.

(1) Nous donnons la préférence à l'espace occupé par la huitième côte, en raison de la facilité d'établir le drainage du cul-de-sac costo-diaphragmatique, si ce drainage est nécessaire.

Peut-on comparer un semblable résultat avec celui fourni par une timide ponction exploratrice, qui pourra être négative alors qu'il existe véritablement un foyer, qui, si elle est positive, ne fournit aucun renseignement sur le volume de l'abcès, sur la concomitance d'autres foyers, ni surtout sur l'état des plèvres? Sans compter les accidents qui peuvent résulter de la ponction elle-même, tels que blessures de vaisseaux ou de ramifications bronchiques.

Extériorisation du poumon. — Si l'abcès est situé dans le lobe inférieur du poumon, l'extériorisation se fera au niveau de l'ouverture pleurale. S'il est situé au sommet de l'organe, on fera dans le point correspondant du thorax, une nouvelle ouverture dans laquelle on suturera le poumon, puis on refermera l'incision d'exploration, on videra l'air contenu dans la plèvre et enfin, on incisera le poumon.

Si l'extériorisation se fait dans l'ouverture d'exploration, on y attirera le poumon au moyen de pinces de Kocher et on suturera sur la face externe du poumon d'abord la lèvre supérieure de l'incision. Nous employons pour cette suture des aiguilles rondes et un fil de chanvre très solide. L'aiguille traverse les muscles intercostaux en même temps que la plèvre pariétale, et pénètre assez profondément dans le parenchyme du poumon. A deux centimètres au-dessous, ou davantage si c'est nécessaire, nous suturons la lèvre inférieure de l'ouverture pleurale au tissu pulmonaire de la même manière, de façon à laisser à l'extérieur une surface ovale du poumon. Nous fermons ensuite la plèvre de chaque côté, sauf à son extrémité antérieure, si on doit y établir un drainage du sinus.

Le poumon ainsi extériorisé *est mal tenu*, il s'ombilique et fuit sous l'instrument. C'est alors qu'il faut faire cesser le pneumothorax au moyen de l'aspirateur, afin de distendre le poumon.

Aspiration de l'air. — Cette aspiration se fait très simplement en introduisant le trocart dans la cavité pleurale en dehors de la partie extériorisée du poumon, et toujours au-dessus de la suture afin d'éviter toute déchirure. On peut employer sans inconvénient le plus gros trocart de l'appareil Potain.

L'air s'aspire comme du liquide, et on cesse l'aspiration, lorsque le poumon, en se dilatant, vient comprimer le trocart contre la paroi. A ce moment, on retire le trocart et on procède à la fin de l'opération.

Si un drainage a été établi dans le sinus à la partie antérieure de l'incision, pour faire le vide dans la plèvre, on devra appliquer une pince à pression sur l'orifice du drain. Cette pince sera retirée au moment du pansement ou remplacée par un fil si on craignait la reproduction du pneumothorax.

Incision du poumon (1). — L'incision du poumon est alors très facile. On sait que l'abcès correspond à la partie extériorisée, on sait à quelle profondeur on trouvera le pus ; car, malgré l'extension du poumon après l'exploration, il ne faut pas oublier que, pendant le retrait du poumon sur lui-même, la portion de l'organe contenant l'abcès et hépatisée n'est pas revenue sur elle-même.

Nous donnons la préférence au thermo-cautère, non pas pour éviter une hémorragie qui serait facile à arrêter, mais pour diriger sûrement l'incision, la faire à petits coups sous le contrôle de la vue.

Quand le foyer sera ouvert et évacué, on l'ouvrira dans toute son étendue, de façon à tamponner doucement sa cavité avec de la gaze stérile.

On terminera alors l'opération en rabattant le lambeau cutané et le suturant en place, sauf dans la partie correspondant au tamponnement.

Soins consécutifs. — Ils n'offrent rien de spécial. Les malades chez lesquels nous avons aspiré l'air de leur pneumothorax n'ont présenté aucun signe de dyspnée, ni aucune gêne respiratoire, et les soins consécutifs peuvent être donnés comme à l'ordinaire.

(1) Il en serait de même d'une excision partielle de l'organe. La partie à réséquer serait attirée en dehors avec des pinces, puis extériorisée au moyen de sutures solides, enfin, sectionnée au thermo-cautère.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pneumonie.

La pneumonie franche aiguë est la maladie de la saison humide et froide que nous traversons, elle est particulièrement fréquente et grave en ce moment et quelques réflexions sur son traitement nous paraissent être d'un réel intérêt d'actualité.

Beaucoup de nos confrères vont nous objecter avec la jeune école : « Mais est-ce de la découverte d'un nouveau sérum abortif que vous voulez nous parler ? Si non, c'est inutile : il n'y a pas de traitement de la pneumonie. Le rôle du médecin doit se borner à empêcher une thérapeutique empirique inconsidérée qui nuirait à l'évolution naturelle. La pneumonie guérit toute seule ; ou bien, elle emporte le malade fatalement, quoi que l'on fasse. »

Nous proclamons hautement que nous ne sommes pas de cette école fataliste et, tout en reconnaissant que, bien souvent, des maladresses thérapeutiques sont commises, et compliquent la situation, nous prétendons, que même contre ces maladies cycliques, s'abstenir c'est s'exposer à l'échec. Nous envisagerons donc la question sous le double point de vue suivant : *Ce qu'il ne faut pas faire* et *ce qu'il faut faire.*

I

Ce qu'il ne faut pas faire.

Selon notre habitude, nous répéterons pour la pneumonie ce que nous avons déjà tant de fois redit pour d'autres maladies : *Primum non nocere.* Une thérapeutique inconsidérée peut évidemment nuire beaucoup au malade. Il importe avant tout de poser le diagnostic de bonne heure ; le premier jour, s'il est possible, car le traitement est d'autant plus efficace qu'il est institué plus près du début. Or, malgré l'apparente facilité du diagnostic, il est très rare que ce diagnostic soit posé de bonne heure : le grand frisson initial, les vomissements et le point de côté ne sont pas, en effet, d'une régularité mathématique ; quand ils existent, il est bien évident que la question est d'une lucidité qui s'impose. Mais, souvent, le malade ne ressent qu'un malaise vague, un re-

froidissement extraordinairement tenace, un état fébrile plus ou moins accentué ; c'est à peine s'il tousse et s'il ressent un point de côté léger. Une chose cependant peut guider l'entourage, s'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant, c'est l'élévation brusque et énorme de la température (environ 40° ou 40°5) ; chez le vieillard, malheureusement, ce signe fait souvent défaut. En présence de la température élevée, il faut faire deux investigations : 1° l'examen de la gorge (possibilité d'une angine) ; 2° l'auscultation de la poitrine, aux bases, aux sommets et dans les aisselles (possibilité d'une pneumonie).

Avec un peu d'attention, on évite ainsi de laisser passer une de ces grosses lésions, qui peuvent se compliquer, si on les néglige.

On ne fera pas prendre un bain de vapeur, ni un bain de fumigation à un malade chez lequel on soupçonnera l'existence d'une pneumonie.

On évitera les médicaments déprimants, comme le tartre stibié, l'oxyde d'antimoine, le kermès ; on défendra les boissons froides et on prescrira d'emblée la diète et le repos au lit.

Point de vésicatoires, point de thapsias ou autres emplâtres irritants particulièrement nuisibles. Mais, surtout, pas d'hésitations, ni de tergiversations stériles.

II

Ce qu'il faut faire promptement.

Pour obtenir de bons résultats dans le traitement de la pneumonie, il faut, dès le début, prendre une décision énergique.

1° Si l'on a le bonheur d'être appelé le 1er jour de la maladie ou le second au plus tard, il faut, selon le conseil de M. le Dr Talamon, injecter deux doses de 20 c. c. de sérum antidiphtérique de Roux avec les précautions rigoureuses que nous avons indiquées récemment. Le soir même, environ 12 heures après, on injecte encore 20 c. c. ou 30 c. c. ; le lendemain, autant, et ainsi de suite, pendant 3 ou 4 jours, selon l'état du malade. C'est là un traitement abortif qui ne peut agir qu'à la condition d'être appliqué le 1er ou le 2e jour au plus tard. Passé ce délai, il est plus nuisible qu'utile.

2° Si le malade est un enfant, le meilleur traitement consiste à appliquer les enveloppements mouillés froids (compresses imbibées d'eau froide essorées, puis enveloppées autour du thorax et recouvertes de taffetas gommé) et à administrer une petite potion tonique :

Extr. de quinquina fluide....	2 gr.
Sirop d'écorces d'oranges....	50 gr.
Teinture de cannelle........	2 gr.
Potion de Todd du Codex....	75 gr.

par cuillerées à café toutes les heures.

En cas d'agitation extrême, et de fièvre élevée, on peut recourir aux lotions générales avec le vinaigre aromatique et aux suppositoires de bromhydrate de quinine de 0,25 centigrammes. La règle est d'ailleurs que la pneumonie aboutisse à la guérison chez l'enfant, à moins qu'elle ne soit double ; mais le pneumocoque, auteur principal de la maladie, abandonne difficilement sa proie ; des poumons, il vagabonde dans les oreilles moyennes ou dans les plèvres, ou même dans les méninges (otites, pleurésies purulentes, méningites, péritonite pneumococciques).

3° Si le malade est un adulte, il faut subordonner le traitement au tempérament et à la situation actuelle de ce malade.

A) Le malade est un pléthorique, un vigoureux sujet, habituellement gros mangeur, gros buveur et négligent de sa santé : pas d'hésitation, il faut immédiatement pratiquer une copieuse saignée de 300 à 600 grammes, et, en cas de dépression consécutive, injecter 1/2 litre de sérum salé à 7 0/00, chauffé à 37 degrés.

Comme médication, on prescrira la diète lactée, le repos au lit, les boissons chaudes (tisane diurétique, grogs, café noir) et le bon cognac à fortes doses (environ 150, 200 et même 300 gr. par 24 heures).

On peut donner le cognac en potion avec les teintures de cannelle et d'écorces d'oranges amères, ou bien sous forme de grogs chauds sucrés.

A ce traitement, continué pendant 7 à 8 jours, on joindra les purges salines ou les lavements glycérinés tous les deux jours, ainsi que la quinine à la dose de 0.50 à 0.75 centigrammes en deux prises, le soir.

La grande agitation et le délire seront combattus par les lotions vinaigrées aromatiques ou les enveloppements froids ; mais, nous ne sommes pas partisans des bains tièdes ou froids, parfois fort difficiles à bien exécuter.

Contre l'adynamie et l'affaiblissement du cœur (myocardite) on fera usage de l'éther ou de la caféine, en injections profondes, inter-musculaires (avec la seringue de Pravaz), ou mieux encore de l'huile stérilisée camphrée :

Camphre..............	1 gramme.
Huile stérilisée........	10 grammes.

B) Le malade est habituellement robuste, mais de constitution moyenne, non pléthorique, non athéromateux ; son cœur est sain et ses urines très peu albumineuses : on peut alors recourir au traitement par la digitale à haute dose (méthode Petrescu). On administre la digitale sous forme d'infusion :

2 à 4 grammes de feuilles de digitale en infusion dans 200 grammes d'eau : on ajoute : sirop simple 40 grammes, à prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Il est indispensable d'interrompre la digitale, lorsqu'au bout de 48 heures, on n'a pas observé de modifications du pouls et de la température. Il faut alors attendre un jour ou deux, et reprendre ensuite aux mêmes doses, que l'on abandonnera, si l'on n'obtient encore aucun résultat. Cette médication n'abrège pas la durée du cycle pneumonique, elle produit seulement : l'abaissement de la température, la suppression de la dyspnée, la diminution de la fréquence du pouls, la diurèse rapide.

C) Le malade est un sujet de moyenne force, mais dont le système circulatoire est plus ou moins fragile (cardiopathie artérielle, athérome) et dont le système nerveux est débilité par les excès de fatigue cérébrale ou autre ; on aura recours alors à une purgation drastique :

Teinture de jalap composée.	20 à 30 gr.
Sirop de fleurs de pêcher ..	25 gr.

ainsi qu'à l'application immédiate de sept, huit ou dix ventouses scarifiées sur la région du thorax la plus douloureuse en respirant. Puis,

cette double saignée achevée, on prescrit une potion toni-cardio-vasculaire :

Caféine	1 gr.
Benzoate de soude	3 gr.
Sirop d'éther	25 gr.
Sirop de punch	50 gr.
Eau-de-vie vieille	25 gr.
Hydrolat de tilleul	50 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

On donne des grogs très forts (4 ou 5 en 24 heures), du champagne, du bouillon, du lait avec de l'eau légèrement gazeuse et un lavement glycériné tous les jours.

En cas d'insuccès et de persistance des phénomènes graves le 3e ou le 4e jour après le début de ce traitement, il faut recourir aux enveloppements froids du thorax renouvelés tous les quinze ou vingt minutes d'abord, puis toutes les demi-heures, toutes les heures, au fur et à mesure que la dyspnée s'atténuera. L'eau qui sert à imbiber les compresses doit être froide à 15 ou 20 degrés et additionnée d'un quart d'alcool ou d'alcoolat parfumé (Cologne, lavande, camphre). Les compresses doivent être recouvertes d'un grand taffetas gommé souple, pour maintenir l'humidité.

D) Quand il s'agit d'un malade frêle, anémique, névropathe, comme la majorité des jeunes filles et des femmes ou comme les jeunes mondains de notre époque, il faut se garder d'épuiser, dès le début, les ressources de l'organisme qui devra fournir la phagocytose nécessaire à la lutte contre le pneumocoque. Point de purgatifs violents, point de saignées, point de vésicatoires.

Dès la confirmation du diagnostic, on prescrit les toniques alcooliques : champagne pur, café fort, grogs au cognac ou au kirsch, potion Todd Kina, Elixirs de Kola et coca, injections hypodermiques de caféine, cataplasmes sinapisés fréquemment renouvelés, laissés en place 1/2 heure et promenés sur différentes places ; enfin, contre le point de côté, on usera des siphonages au chlorure d'éthyle ou anesthésiques modernes (coryleur, anestile, etc.)

Si les évacuations alvines sont difficiles, on donnera tous les matins un verre d'eau purgative minérale et un lavement huileux quatre heures après.

Enfin, en cas d'agitation et de délire, il ne faut pas hésiter à recourir aux enveloppements de compresses froides alcoolisées autour du thorax.

M. le Dr Rochon a essayé, en 1896, l'administration *du formiate de soude* en potion à la dose de 3 grammes par 24 heures chez les adultes et de 0 gr. 50 centig. à 1 gramme chez les enfants. C'est une tentative à faire, en cas d'insuccès des autres méthodes.

4° La pneumonie chez les vieillards est malheureusement sournoise, la plupart du temps : le diagnostic est fait trop tard et le malade reste souvent debout, quelquefois même, continue à sortir pendant les quatre ou cinq premiers jours ; la température est cependant élevée, surtout quand le malade continue à marcher, mais, au lit, l'élévation de température est à peine sensible (37°9 ; 38°). Aussi, nombreux sont les vieillards enlevés par cette maladie au cours d'une autre affection chronique, sans que le diagnostic ait été posé pendant la vie.

L'important donc est de surveiller souvent la température et les poumons chez les vieillards : le diagnostic, fait d'une manière précoce, permet d'espérer le succès du traitement. Ce traitement consiste en purgatif drastique et en ventouses scarifiées si le malade est encore robuste, en sinapisations et piqûres d'éther et de caféine, si le malade est déjà déprimé. Le champagne et les grogs très forts sont toujours indiqués dans ces deux cas, et l'on ne doit pas craindre les fortes doses, surtout, pas de vésicatoires, ni d'enveloppements froids.

III

PRONOSTIC.

La durée de la pneumonie franche aiguë est toujours de 8 à 10 jours, en moyenne, pour la période fébrile dangereuse, et de 15 à 21 jours pour le séjour au lit. Toutefois, cette durée peut être augmentée d'un tiers, si la pneumonie gagne l'autre poumon et la convalescence sera aussi beaucoup plus longue.

La pneumonie guérit toujours chez l'enfant, à moins qu'on n'ait commis quelque grave imprudence ou quelque faute de traitement. Chez l'adulte, la mortalité varie entre 2 pour cent (Petrescu), 5,7 pour 100 (Talamon), 9 et 10 pour cent (statistique commune.)

A partir de 30 ans, le pronostic s'assombrit de plus en plus ; la mortalité est de 20 à 25 pour cent entre 30 et 40 ans ; elle est de 50 pour cent entre 50 et 60 ans ; enfin elle est de 83 pour 100 de 70 à 75 ans.

En fait, si le diagnostic était fait plus tôt, le taux de la mortalité s'abaisserait énormément.

La convalescence de la pneumonie est relativement courte : elle dure environ un à deux mois et ne nécessite pas de régime spécial. Un séjour dans un climat doux et ensoleillé est certainement favorable, mais non absolument indispensable.

Chez les femmes, la pneumonie franche amène généralement un trouble menstruel et tous les efforts doivent tendre à ramener le flux ou à pallier les effets de sa suppression (purges, sinapismes, saignées légères). Chez les femmes enceintes, le pronostic est excessivement grave quoi qu'on fasse : le fœtus est habituellement tué et la mère succombe à la fausse couche. En présence de ce grave pronostic, il ne faut pas hésiter à saigner dès le début et à recourir aux enveloppements froids. En cas de mort constatée du fœtus, il faut faire immédiatement l'accouchement et la délivrance artificielle avec le ballon de Champetier.

Dr PAUL HUGUENIN.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des cataractes commençantes par les solutions iodurées.

par le Dr ETIÉVANT (de Lyon).
Membre du Concours médical

Estimant qu'en raison de la marche inévitablement progressive de l'affection, les malades ne peuvent que gagner à l'essai de cette thérapeutique, l'auteur a employé régulièrement dans tous

les cas qui ont passé sous ses yeux depuis deux ans, ce mode de traitement, déjà préconisé par Badal.

Les résultats obtenus s'expliquent facilement par les recherches d'Ubry et de Frézals, qui ont établi que l'œil absorbe en quantité appréciable et beaucoup plus élevée qu'on ne pourrait le supposer, les sels d'iode contenus dans les solutions aqueuses et les collyres mis en contact avec la cornée et la conjonctive. Il est d'ailleurs indifférent d'employer l'iodure de potassium ou de sodium, ou le mélange des deux, car c'est l'iode qui joue le rôle principal.

L'auteur insiste sur ce fait que l'iodure ne lui a donné de résultats que lorsqu'il s'agissait d'altérations purement séniles, liées à l'évolution propre du cristallin, c'est-à-dire dans les cataractes appelées, il y a quelques années encore, *idiopathiques*, et non quand il s'agissait d'une dystrophie de cet organe provoquée par des troubles préexistants de l'œil, principalement du tractus uvéal et de la rétine, c'est-à-dire dans les *cataractes symptomatiques*.

Or on suppose encore à l'heure actuelle que dans la cataracte idiopathique, c'est l'artériosclérose des vaisseaux rétiniens, si commune chez le vieillard, qui a pour conséquence l'altération du tissu cristallinien. Grâce à son absorption par l'œil, l'iodure aurait dans ces cas une action sur les vaisseaux rétiniens analogue à celle de l'iodure ingéré sur les vaisseaux de la circulation générale.

Signalons en passant l'insuccès complet dans les cataractes diabétiques ou albuminuriques.

L'auteur possède une trentaine d'observations dont il donne les plus concluantes.

Toutefois, malgré ce ralentissement inaccoutumé dans l'évolution de la cataracte, il se garde de généraliser et se borne à attirer l'attention de ses confrères sur des faits qui lui ont paru assez intéressants pour mériter de nouvelles recherches.

(In *Lyon médical*, février 1902).

MÉDECINE LÉGALE

Un rapport médico-légal qui met en cause la radiographie.

A l'appui des réflexions que nous avons publiées la semaine dernière, sous la signature de M. le Dr Lecaille, et visant les difficultés que peut présenter l'interprétation des épreuves radiographiques, nous reproduisons le rapport suivant, relatif à une affaire dont s'est occupé le *Sou médical*. Nous n'entendons ainsi montrer que les divergences de vues passagères auxquelles peuvent être conduits des experts dont le scrupule et la compétence sont hors de contestation : il n'y faudrait pas voir autre chose, et c'est pourquoi nous donnons les noms, car les uns et les autres font autorité dans la matière.

Extrait des minutes du greffe de la Cour d'appel de Montpellier.

Nous soussignés, Imbert, professeur de physique médicale, Forgue Emile, professeur de clinique chirurgicale, Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commis par un jugement en date du 6 août 1901, de M. le président de la première chambre civile de la Cour d'appel de Montpellier, à l'effet d'examiner M. R., de dire quel est son état actuel ; si cet état est la conséquence directe de l'accident du 1er octobre 1900, ou s'il doit être attribué pour partie, soit à un défaut de soins et de précautions imputable au blessé, soit à une diathèse particulière de R. (un état syphilitique ou autre), soit enfin au fait qu'il aurait été procédé à la réduction de la fracture contrairement aux données de la médecine opératoire ; serment préalablement prêté devant M. le président de la première chambre de la Cour, dans son cabinet, sis au Palais de justice, le lundi 18 novembre 1901 ; avons procédé dès le samedi 23 novembre à une série d'examens répétés avec exploration radiographique, vérification expérimentale des radiogrammes obtenus, car l'interprétation des figures radiographiques comportait ici de particulières difficultés jusqu'à présent non étudiées, et il nous a fallu procéder, pour vider les points en débat, à une véritable étude radiographique des mouvements de pronation et de supination et des déplacements osseux qui normalement les accompagnent. Nous avions mission de préciser en outre : s'il y a ou non une consolidation des fragments ; et en cas de non-consolidation, quelle en est la cause ; s'il serait possible de remédier à cette non-consolidation et quelles seraient les conséquences pour R. des moyens à employer : enfin de dire quelles auraient été pour R. les conséquences de la fracture normalement consolidée.

Etat actuel : M. R. présente à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur de l'avant-bras gauche une déviation angulaire à angle obtus (à 130° environ); de cette déviation, il résulte que la partie inférieure de l'avant-bras est déjetée vers le bord radial du membre et que la main a suivi ce déplacement dont nous figurons (dans le dossier) le tracé schématique.

Le bord cubital présente une saillie angulaire très visible à ce niveau. La palpation permet de reconnaître que cette saillie cubitale est formée par le relief du bout inférieur du fragment supérieur du cubitus. Elle permet d'apercevoir au toucher, sur le bord radial du membre à un travers de doigt environ au-dessus de la saillie cubitale, un relief osseux formé par le bec du fragment inférieur du radius ; au-dessus de ce bec saillant, on trouve une dépression nette dans laquelle le bout du doigt peut s'enfoncer.

1° La consolidation osseuse est-elle achevée? Un fait est évident. La consolidation osseuse est achevée et solide et les mouvements imprimés à la partie inférieure de l'avant-bras ne déterminent aucune mobilité anormale persistante au niveau de l'ancien foyer de fracture. Nous pouvons même ajouter qu'il est clair, en raison de la non exubérance du cal et de son état condensé, que ce cal a subi la réduction et les remaniements qui s'opèrent dans les mois qui suivent la consolidation, et, par conséquent, cliniquement, on peut affirmer que cette consolidation remonte à plusieurs mois. La radiographie nous fournit la preuve objective de cette formation achevée du cal, les fragments sont

joints par un tissu osseux, opaque presque normalement, et le cal ne montre aucune exubérance (voir clichés 301 et 302 joints au dossier) ; 2° Cette consolidation s'est faite avec une déviation angulaire. Donc la consolidation est faite ; mais elle est faite avec un déplacement angulaire des fragments et une déviation du côté radial de l'avant-bras. Tous les cliniciens savent que cette déviation n'est point toujours évitable ; prenons, par exemple, le témoignage d'Hamilton, dont le Traité des fractures fait autorité ; « J'ai vu, dit-il, des fragments subir une déviation légère dans presque toutes les directions ; mais le plus souvent la déviation s'est faite du côté radial ou du côté cubital de l'avant-bras. »

En conséquence, et pour répondre à la question qui nous est posée « si cet état doit être attribué au fait qu'il aurait été procédé à la réduction (et nous ajoutons à la contention) de la fracture contrairement aux données de la médecine opératoire », nous déclarons en toute précision clinique, que le traitement paraît avoir été conduit conformément aux règles classiques. Le docteur Arrufat n'a pas employé un appareil plâtré qui est le seul qui donne toute garantie de contention (ce qui ne veut point dire qu'il garantisse toujours l'intégrité des fonctions et surtout de la supination) mais ce médecin, qui est instruit (ancien interne de nos hôpitaux) a eu recours à l'appareil à attelles qui est encore recommandé par beaucoup de classiques, et il n'en a point négligé la surveillance puisqu'à trois reprises (au témoignage du blessé) il a révisé cet appareil, soit dix-huit jours après la fracture, puis huit jours plus tard enfin, huit jours après.

3° Troubles fonctionnels résultant de cette déformation. De cette déviation angulaire de l'avant-bras, il résulte une gêne fonctionnelle dont le degré réel nous paraît être exagéré par le blessé. C'est ainsi que, lors de nos premiers examens, il prétendait ne pouvoir plus relever la main en extension : par la suite, nous avons pu constater que cette extension de la main se faisait presque normalement, et que la main se relevait sur le poignet en arrière à peu près de 45 degrés. De même, le blessé nous paraît exagérer la diminution subie dans les mouvements de flexion des doigts : on sent très nettement, lorsqu'on lui commande un mouvement de flexion, pour prendre et serrer un objet, qu'il contracte ses extenseurs et fait opposition, que nous croyons volontaire, à la flexion digitale. Il n'en est pas moins vrai que l'ampleur et la force des mouvements de flexion des doigts ont subi une diminution notable ; cette diminution tient en grande partie au déjettement de la main vers le bord radial de l'avant-bras, car normalement, la flexion forcée des doigts s'accompagne d'un transport inverse de la main qui se porte vers le bord cubital. La pronation n'est point gênée, mais la supination est notablement compromise; elle est à peu près diminuée de moitié. Cette diminution du mouvement de supination s'observe fréquemment après les fractures de l'avant-bras, et tient ordinairement à la position en demi-pronation où l'on est forcé de garder le membre immobilisé par les attelles. Il est probable qu'avec le temps, cette diminution fonctionnelle subira une certaine atténuation.

Dans l'état présent, si l'on nous demande à combien nous estimons la réduction de la capacité du travail subie par le sieur R... du fait de cette fracture, nous répondrons, en tenant compte du siège de la lésion (à gauche) de la profession (cordonnier) de la nature des mouvements gênés, que nous fixons à vingt ou vingt-cinq pour cent cette diminution de la capacité de travail.

Est-il possible de remédier à cet état ? Il est réel qu'une ostéotomie (section opératoire des os suivie d'un appareil plâtré) pourrait corriger la déviation angulaire. Mais il n'est pas établi (et nul clinicien expérimenté ne le garantirait) que l'on puisse ainsi restituer l'intégrité des fonctions ; car le trouble fonctionnel, s'il se rattache en grande partie au déplacement angulaire, dépend aussi de lésions peu faciles à corriger : rétraction du ligament inter-osseux, atrophie musculaire, adhérences.

Quelles auraient été pour R... les conséquences de la fracture normalement consolidée ? Il résulte précisément de ces lésions connexes (rétractions inter-osseuses, adhérences musculaires ou tendineuses) que le fait d'obtenir une consolidation osseuse régulière et dans l'axe n'est point un garant absolu d'une restitution fonctionnelle parfaite. Il est donc impossible d'affirmer que, guéri avec un cal droit, R... eût conservé la plénitude de ses fonctions, surtout de la supination si fréquemment compromise.

Enfin une dernière question nous est posée. A la date du 3 décembre, le docteur Arrufat, (qui avait supprimé l'appareil au 36e jour et s'était contenté ensuite de maintenir l'avant-bras avec une bande et de faire du massage tous les quatre jours) aurait signé un certificat constatant que la fracture était consolidée.

Or, le 11 décembre, soit huit jours après, le docteur Capman déclarait, au contraire, que cette fracture n'était pas consolidée, et le docteur Cavalié obtenait des radiographies qui lui paraissaient confirmer cette opinion. Il s'agit donc ici d'établir, si oui ou non à la date du 3 décembre 1900, la fracture était arrivée à sa consolidation osseuse. C'est une sorte de diagnostic rétrospectif dont la solution ne pouvait s'affirmer que par une difficile interprétation des figures radiographiques fournies au dossier. Nous joignons au procès-verbal d'expertise et à titre de références les multiples radiographies et photographies que cette question nous a conduits à établir, ainsi que la discussion scientifique et détaillée de ce point qui a provoqué des recherches physiologiques nouvelles sur les mouvements de l'avant-bras. L'examen des deux épreuves radiographiques qu'il avait obtenues le 4 décembre 1900 avait conduit le docteur Cavalié à y inscrire les appréciations suivantes « défaut de consolidation des deux os (épreuve se rapportant à la position de pronation de l'avant-bras) les deux fragments supérieurs se sont rapprochés dans le mouvement de supination tandis que les fragments inférieurs non soudés sont restés dans leur position primitive (épreuve se rapportant à la position de supination de l'avant-bras) ». Or nous sommes arrivés à la conclusion inverse suivante : « A la date du 4 décembre 1900, les fractures de R..., étaient cliniquement et

mécaniquement consolidées. » Nous basons d'ailleurs cette affirmation sur des considérations diverses de même que sur des expériences faites sur le cadavre et sur le vivant, considération et expériences que nous résumons ici, renvoyant pour le détail à la pièce annexe de ce rapport : 1° Les fractures de R..., étaient cliniquement et mécaniquement consolidées (c'est-à-dire que le cal avait une résistance suffisante pour fixer sans déformation secondaire possible les fragments) à la date du 4 décembre 1900, parce que les épreuves du Dr Cavalié obtenues à cette date montrent qu'il existait un cal en partie calcifié. Or une expérience déjà longue et presque journalière nous a enseigné qu'un cal peut être considéré comme mécaniquement suffisant et cliniquement achevé bien avant qu'il ne devienne complètement opaque, par infiltration calcaire totale ; 2° les expériences que nous avons entreprises sur le cadavre nous ont démontré que si après avoir fracturé le cubitus et le radius aux points où se trouvent les fractures de R., on fait effectuer les mouvements de pronation et de supination, les fragments inférieurs des os fracturés suivent toujours les fragments supérieurs sans que jamais ceux-ci se rapprochent tandis que ceux-là resteraient écartés. Mais si l'interprétation que le Dr Cavalié donne de ses épreuves est dès lors inadmissible, il est encore nécessaire de dire pour quelle raison ces épreuves présentent l'aspect qui a induit en erreur le Dr Cavalié et quelle en est l'interprétation exacte.

Or cet aspect et cette interprétation résultent de ce que, pendant le passage de la pronation à la supination, le cubitus tourne de 80 degrés environ seulement, tandis que le radius tourne de 180 degrés. Ce fait résulte de la forme de l'articulation huméro-cubitale ; il est prouvé par les déformations que subissent, pendant les mouvements de supination, des lignes droites tracées sur le bras et l'avant-bras, et par la comparaison des déplacements tels que la radiographie les enregistre des apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Grâce à ces données (exposées tout au long dans la pièce annexe) on s'explique que, même avec une consolidation réelle des fragments, les ombres de ces fragments aient pris dans les deux positions de pronation et de supination les rapports réciproques qui se montrent dans les deux épreuves radiographiques obtenues par le Dr Cavalié. Au surplus, ces documents expérimentaux et leur interprétation ont été soumis au Dr Cavalié et ce dernier, après contrôle, nous a autorisé à dire qu'il abandonnait son interprétation première pour se ranger à notre opinion. Donc, à la date du 3 décembre 1900, la consolidation était faite; donc le Dr Arrufat était en droit de la déclarer, et il n'est point possible de lui reprocher une erreur clinique sur ce point. Cela rentre d'ailleurs dans les conditions ordinaires à ces fractures qui, au témoignage d'Hamilton lui-même, se consolident en général du 20e au 30e jour avec quelque retard parfois pour le radius.

Signé : Drs Imbert, Forgues, Rouzier.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Départemental des Médecins de la Mayenne.

Assemblée générale ordinaire du Syndicat du 19 avril 1902.

La séance est ouverte au siège social de l'Hôtel-Dieu de Laval, à 10 heures 1/2, sous la présidence de M. le Dr Cellier, président.

Etaient présents :

MM. les Drs Cellier, Chevalier (Laval), Angot fils, Bucquet, Jacob père, Jouis, Gaumé, Dupré, Houdet, Augiéras, Morisseau, Hardouin, Lepage, Fortin fils, Georget, Jallot, Bezier, Chevalier (Ernée), Charrier et Jamaux.

Admission de nouveaux Membres.

MM. les Dr Léon Ferron, d'Argentré ; Leclerc, de Bierné : Jamaux, du Bourgneuf-la Forêt et Jardin, de Bouère, sont admis au scrutin secret, à l'unanimité de 17 votants.

Recouvrement d'honoraires.

M. le Dr Hardouin a été obligé de poursuivre devant M. le Juge de Paix de Château-Gontier un recouvrement d'honoraires ; il n'a pas obtenu entièrement gain de cause, par suite d'une circonstance qui intéresse le Syndicat.

M. Hardouin réclamait une somme de 200 francs pour soins donnés en 1901 à un fermier aisé, atteint de fracture de jambe comminutive avec plaie intéressant l'articulation tibio-tarsienne.

Sur sa note, notre confrère réclamait spécialement une somme de 70 francs pour la réduction de la fracture compliquée, et cette somme de 70 francs était seule contestée.

M. Hardouin s'appuyait sur l'article du tarif général du Syndicat qui indique pour prix de réduction d'une fracture les chiffres de 100 fr. 50 fr. et 20 fr., suivant les catégories de clients. Il ajoutait au prix de 50 fr. une autre somme de 20 fr. représentant les pansements et frais complémentaires pour la plaie compliquée de l'articulation.

Or, la partie adverse s'étant procuré, on ne sait comment, un exemplaire des statuts du Syndicat, M. le Juge de Paix de Château-Gontier a cru devoir s'appuyer sur ces statuts pour réduire de 20 fr. les honoraires dus pour la fracture.

Nous donnons un extrait de ce jugement du 6 mars 1902 :

« Attendu que le Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne, par son tarif minimum du 20 avril 1901, au titre cinq, « des pansements et opérations de petite chirurgie,» taxe pour la réduction d'une fracture, cette opération à 100 fr., 50 f. et 20 fr., lequel tarif doit servir de base pour toutes réclamations aux clients refusant de payer, réservant pourtant aux médecins la latitude de se faire payer le prix légitime de leurs soins.

Attendu que si, comme le prétend le Dr Hardouin, la fracture du sieur G... lui a occasionné des soins tout particuliers, il ne peut

dans la circonstance, s'en prévaloir plus que de raison, l'opération à laquelle il a procédé le 16 novembre 1900 étant de petite chirurgie... — Qu'il ne peut en la circonstance réclamer à G... au delà du chiffre de 50 francs indiqué à la deuxième catégorie du tarif minimum du 20 avril 1901 ;

La situation de G.... qui est celle d'un petit cultivateur exploitant une ferme de quinze hectares, et qui a de lourdes charges de famille, l'assimilant à cette catégorie !..................

....

Condamne G... à payer au Dr Hardouin une somme de 50 francs... »

Ce jugement a donc refusé de reconnaître l'augmentation d'honoraires due à la plus grande gravité de l'opération pratiquée, et à la plus grande importance du service rendu, *en s'appuyant sur le tarif du Syndicat, qui ne l'indiquait pas* (1).

M. le Président fait remarquer que les tarifs du Syndicat ne sont pas faits pour être communiqués en justice. En cas de contestation, les médecins syndiqués doivent plutôt soumettre au bureau du Syndicat la note de leurs honoraires. Le rôle du Bureau consiste alors, après examen de cette note, à déclarer devant la justice si oui ou non elle est conforme aux tarifs syndicaux, en tenant compte des éléments d'appréciation habituels : la gravité de l'opération, — l'importance du service rendu, — l'état de fortune du client, — la notoriété du médecin, etc.

Autrement les tarifs du Syndicat produits en justice peuvent être le point de départ d'appréciations toutes différentes de la part des parties, et le jugement peut s'en ressentir.

Honoraires des Chirurgiens d'Hôpitaux.

M. le Dr Jallot vient d'obtenir du tribunal de Justice de Paix de Pouancé, un jugement lui accordant le paiement de ses honoraires comme chirurgien de l'hôpital de Renazé, pour un blessé des Compagnies d'assurances opéré et soigné par lui à cet hôpital.

La jurisprudence est maintenant parfaitement établie sur ce point (2).

Assurances-accidents.

La Compagnie d'assurances-accidents *la Caennaise* possède à Laval un agent, M. X..., qui, dans le but sans doute de faire faire des économies à sa Compagnie, a trouvé que le meilleur moyen était de lui éviter les frais d'honoraires médicaux, en se chargeant de soigner lui-même ses blessés.

M. le Dr Angot fils a été invité, le 13 avril dernier, par cet agent, à délivrer, en l'antidatant, un certificat de constat à un blessé de cette Compagnie, qu'il soignait lui-même depuis le 28 février, et dont la blessure (plaie de la main) s'était gravement compliquée (phlegmon aigu) du fait de ses agissements.

(1) N. D. L. R. — C'est ce danger que supprime le Tarif du Concours, qui explique tout au juge, et peut, par conséquent, en tout avantage, lui être communiqué comme un rapport d'expert, dont il tient lieu en quelque sorte.

(2) N. D. L R. — M. le Dr Jallot serait bien aimable de faire parvenir copie de ce jugement au *Sou médical.*

Sur le refus de M. le Dr Angot fils, l'agent, M. X..., lui a envoyé la lettre suivante :

Laval, le 12 avril 1902.

Monsieur le Dr Angot, à Laval.

En réponse à votre lettre de ce jour, je dois vous dire qu'à mon tour, je suis surpris de vous voir refuser la constatation de l'accident survenu au sieur G..., le 28 mars, et des bons conseils que vous donnez à ce dernier.

En conséquence, je viens vous prier de bien vouloir lui délivrer un certificat, comme d'usage, daté de ce jour, mais comptant la date du repos à partir du samedi 29 mars ; vous n'avez pas à vous préoccuper des conseils que j'ai pu donner au sieur G....

A défaut que vous lui donniez satisfaction immédiate, je vais me préoccuper d'un autre médecin.

Bien à vous.

X....

P.-S. — Vous pouvez écrire à ma Compagnie ce qui vous plaira.

M. le Dr Angot fils a persisté dans son refus, et a écrit au Directeur de la Compagnie *la Caennaise.*

— Le Bureau du Syndicat écrira de son côté au Directeur de cette Compagnie pour lui signaler les agissements de cet agent, sous les réserves des poursuites qui pourront lui être intentées pour exercice illégal de la médecine.

Assistance médicale gratuite.

La question du relèvement des honoraires chirurgicaux, dans le tarif de l'Assistance médicale du département de la Mayenne, n'a pu, cette fois encore, être portée utilement devant le Conseil général à la session d'avril. Elle sera reprise et présentée plus à propos au moment où prendra fin la période de trois ans pour laquelle a été voté le tarif actuel, et où il s'agira de proroger ce tarif ou de le modifier pour une période nouvelle.

— Dans plusieurs villes, un certain nombre de médecins ont pris l'habitude de ne pas présenter à l'administration la note de leurs honoraires pour les soins donnés par eux aux malades de l'Assistance médicale. Est-ce par philantropie ? Est-ce pour tout autre motif ? Nous n'avons pas à l'apprécier.

Il en résulte que certaines municipalités en profitent pour exploiter cette habitude. Or, sans le savoir, les médecins qui passent pour ne pas se faire payer par l'Assistance médicale gratuite font une véritable concurrence déloyale à leurs autres confrères. De plus, l'argent qu'ils abandonnent tombe dans des crédits annulés et ne profite à personne, pas même aux contribuables.

Devant ces inconvénients signalés par plusieurs confrères, le Syndicat émet le vœu que tous les médecins de l'Assistance médicale, sans exception, veuillent bien établir et envoyer à l'administration la note de leurs visites. Libre à ceux qui veulent faire de leurs honoraires l'objet de libéralités très respectables, de remettre tout ou partie de leurs honoraires au Bureau de bienfaisance ou aux autres œuvres de mutualité.

En présence de véritables abus signalés au Bureau de Syndicat, celui-ci est chargé de demander à M. le Préfet de rappeler à MM. les fonctionnaires chargés du service de l'A. M. G. ce principe essentiel : l'assisté a le droit de choisir son médecin parmi ceux inscrits au service, sous les réserves du réglement, et le fonctionnaire qui lui remet le bon nécessaire n'a qu'à écrire le nom du médecin choisi, sans observations ni réflexion.

La séance est levée à 11 h. 1/2 et est suivie d'un déjeuner à l'hôtel du Dauphin.

Le secrétaire, Dr H. BUCQUET.

REPORTAGE MÉDICAL

La Santé de l'écolier. — Les Drs Delvaille et Breucq, de Bayonne (membres du *Concours médical*) viennent de publier la troisième édition d'un volume dont le succès a été grand et qui, complètement remanié, augmenté, pourvu abondamment de belles gravures suggestives, en va trouver un plus grand encore sous le titre de la *Santé de l'écolier*. Les auteurs ont réuni tout ce qui peut être utile à savoir pour un chef d'établissement, un médecin des écoles, un père de famille. Les instituteurs auront le plus grand intérêt à mettre ce volume dans leur bibliothèque. Ils y trouveront condensés de nombreux renseignements sur l'*hygiène à l'école*, *les premier symptomes* des maladies contagieuses qui peuvent atteindre les écoliers, *les premiers soins* à donner en cas d'indisposition ou d'accident à l'école, enfin *tous les documents officiels* concernant l'hygiène scolaire.

C'est le véritable *guide hygiénique et médical* de l'homme s'occupant des écoles. Le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement, a bien voulu écrire une préface magistrale pour présenter cette troisième édition au public.

1 volume in-12 br., 3 francs. Fernand Nathan, éditeur. (*Bulletin d'oculistique.*)

Le Conseil d'État et les jeux dans les Villes d'Eaux françaises. — Le Conseil d'Etat vient de rendre un arrêt important au point de vue de la législation qui régit les jeux publics de hasard dans les stations thermales en France.

Cette décision a été motivée par les faits suivants :

A la date du 24 mai 1901, le maire de Néris-les-Bains prenait un arrêté interdisant les jeux d'argent et de hasard dans tous les établissements publics de cette station thermale. Cette sage mesure fut taxée d'excès de pouvoir par le préfet de l'Allier, qui l'annula le 5 juin suivant. Mais le maire de Néris porta l'affaire devant le Conseil d'État, qui vient de lui donner raison.

Voici les considérants de l'arrêt :

Le Conseil d'Etat :

« Considérant qu'il résulte des dispositions de l'article 91 de la loi du 5 avril 1884 que la police municipale appartient au maire et que les pouvoirs publics qui lui sont conférés en cette matière par l'article 97 de la loi s'exercent non sous l'autorité, mais sous la surveillance de l'administration supérieure ; que si l'article 99 autorise le préfet à faire des règlements de police municipale pour toutes les communes du département ou pour plusieurs d'entre elles, aucune disposition n'interdit au maire d'une commune de prendre, sur le même objet et pour sa commune, par des motifs propres à cette localité, des mesures plus rigoureuses ;

« Considérant que, pour annuler l'arrêté du maire du 24 mai 1901, qui interdisait d'une manière absolue les jeux d'argent dans tous les lieux publics de la commune de Néris-les-Bains, le préfet du département de l'Allier s'est fondé sur ce que cet arrêté aurait été pris en violation de son arrêté préfectoral du 8 août 1893, qui, tout en édictant pour toutes les communes du département la même prohibition, avait réservé toutefois au ministre de l'intérieur le droit d'autoriser les jeux dans les stations thermales, par application de l'article 2 du décret du 24 juin 1806.

« Mais, considérant que le décret du 24 juin 1806 a été abrogé dans son entier tant par le Code pénal que par la loi du 18 juillet 1836, dont l'article 10 dispose qu'à partir du 1er janvier 1837 les jeux publics sont prohibés ; que, dès lors, en prenant son arrêté du 5 juin 1901, pour réserver à l'administration supérieure un pouvoir qui ne lui appartient plus, et en annulant un arrêté pris par le maire pour assurer dans sa commune l'exécution de loi, le préfet a excédé les pouvoirs de surveillance qui lui appartiennent.

« L'arrêté du préfet est annulé.» (*Gazette des Eaux.*)

Hôpitaux et Faculté

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris le jeudi 26 juin 1902 à 9 h. du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique médicale et de trois chefs adjoints ; d'un chef de clinique chirurgicale titulaire ; d'un chef titulaire et d'un chef adjoint de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; d'un chef adjoint de clinique des maladies des voies urinaires ; de deux chefs titulaires et deux chefs adjoints de clinique obstétricale; d'un chef de clinique de chirurgie infantile ; d'un chef titulaire et d'un chef adjoint de clinique médicale des maladies infantiles.

Les cours de vacances de la clinique d'accouchements Tarnier, auront lieu, durant les mois d'août et de septembre, tous les jours à 11 h. du matin et 5 h. du soir. Le prix du cours est de 50 f.

Hôpitaux de Paris (Médecine) Liste des admissibles ; MM. Marie, 50 ; Fournier, Auclair, 49; de Grand maison, Labbé, 48 ; Gallois, Laffite, Boix, Bergé, de Massary, Michel, Apert, 47 ; Sergent, Philippe, Pissavy, Joscé, Carnot, Sée, 46 ; ex æquo Milian.

Le concours d'oto-rhino-laryngologie s'est ouvert le 12 mai à midi. Les questions étaient : Espace maxillo-pharyngien. Fibromes naso-pharyngés. Le résultat de la lecture des copies a été le suivant : MM. Paul Tissier 24 ; Malherbe 22 ; Lombard 29.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr de Fourmestraux (de Versailles).

Les médecins de Seine-et-Oise, des délégués du Concours, de l'Union des Syndicats, de l'Association générale, de nombreux médecins militaires, enfin une foule innombrable d'amis ont conduit mercredi à sa dernière demeure un homme dont le Corps médical devra garder pieusement la mémoire, notre vaillant frère d'armes, *M. le Dr de Fourmestraux* (de Versailles).

M. le médecin-major Coquelle, au nom des camarades de l'armée, M. le Dr Rist, au nom de la Société locale et des Syndicats régionaux, M. le Dr J. Noir pour l'Union des Syndicats, M. le Sénateur Legrand, représentant le Conseil général, M. le proviseur du Lycée Hoche, au nom de l'Université, M. Lefèvre, maire de Versailles, ont apporté sur cette tombe prématurément ouverte (de Fourmestraux n'avait que 52 ans) le tribut d'éloges et de reconnaissance dû à ce lutteur dont le concours était toujours le premier acquis à toutes les bonnes causes, et qui, malgré trois ans de maladie, est resté sur la brèche jusqu'au dernier moment.

Ce vieil ami de notre maison laisse un fils médecin, externe des hôpitaux : nous reporterons sur lui la sympathie que le père avait su conquerir au sein de la famille médicale, et le nom de Fourmestraux restera populaire dans les Sociétés de défense professionnelle. Puissent sa compagne et ses enfants trouver quelque réconfort dans les touchantes manifestations de regr et et d'affection dont ils seront entourés au cours de leur deuil.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 22 31 MAI 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La catastrophe de la Martinique et les pupilles du Corps médical.

SOUSCRIPTION.

Comme toutes les autres, la famille médicale vient d'être cruellement frappée là-bas, au-delà des mers, sans que nous sachions encore, ni dans quelle mesure, ni dans lesquels de ses membres.

Unanimes dans nos sentiments de pitié fraternelle, d'accord pour reconnaître qu'un devoir spécial de solidarité corporative nous est imposé, même avant celui qui résulte de la solidarité nationale ou humaine, nous nous agitons perplexes, surpris, devant le problème : « Comment venir efficacement en aide à ceux des nôtres qui en ont besoin ? »

Oh ! les bonnes inspirations et les généreux mouvements ne manquent pas : des Comités se créent à l'Ecole et ailleurs, des appels sont lancés dans la Presse médicale, chacun prépare son obole et s'ingénie à fournir un effort rationnel, mais...

Mais on sent le défaut de l'improvisation ; démarches vaines, incertitude dans les voies et moyens, ignorance des ressources disponibles et de la méthode à employer pour en tirer bon parti.

Le passé a pourtant donné des leçons ; elles ont été oubliées.

Dans le désarroi, dont nous ne pouvons nous défendre nous-mêmes, un souvenir, pourtant, nous obsède : celui des efforts tentés par Cézilly (lui, toujours lui !), en 1884 d'abord, et surtout à notre assemblée générale de 1887, pour créer et développer une organisation permanente et puissante qu'il appelait la *Société de protection des pupilles du Corps médical*. Nous revoyons ses études sur ce sujet, les innombrables démarches qu'il s'imposa, et nous nous prenons à regretter amèrement que tant de dévouement et de ténacité admirables au milieu de tant de préoccupations, ne lui aient permis d'obtenir de la coupable indifférence des nôtres que la réalisation incomplète de son rêve.

Trop rigoureusement étroite lui fut imposée la définition du pupille, et trop dépourvu de rouages actifs le *Comité de protection* qui devait assurer la vie à l'organisation nouvelle.

L'heure n'est-elle pas favorable à une deuxième étude de la question ? Quand M. le Dr Le Dentu nous dit les préoccupations du Comité qui s'est créé à l'Ecole, quand M. le Dr Laborde met l'Association de la Presse médicale en branle pour un large appel, quand M. le Dr Ducor agite les Sociétés d'arrondissement de Paris, nous nous souvenons, ici, que le Comité né en 1887 contenait des noms de la Faculté, de l'Association générale, des services de santé de l'armée et de la marine, de médecins députés et sénateurs, de chefs de service des divers ministères auxquels ressortit le Corps médical par ses fonctions diverses.

Nous constatons donc que les éléments existent tout prêts pour une reprise de la question, que les circonstances plaident en faveur de celle-ci, que les conséquences de la catastrophe d'hier se feront sentir assez longtemps pour entretenir autour de l'Œuvre l'agitation nécessaire à son développement et à sa durée.

Que manque-t-il donc ? Simplement une ini-

tiative à laquelle tous les concours sont, comme le nôtre, acquis d'avance.

Qui veut la prendre ?

La parole est à ceux qui, par leur situation médicale officielle, leur autorité dans nos rangs, leurs relations, etc... représentent des éléments de succès certain, et ont ainsi des devoirs de solidarité plus impérieux encore à l'égard des familles médicales tombées dans le malheur.

Voici les trois lettres auxquelles nous venons de faire allusion :

L'appel à la Presse médicale.

Une horrible catastrophe, un désastre inouï, sans précédent, vient de détruire et d'engloutir une ville entière et tous ses habitants, des milliers d'existences humaines, et qui plus est, *françaises*.

Les survivants des nombreuses familles disparues, pour n'être pas des victimes immédiates du désastre, n'en sont pas moins — et peut-être plus encore, par cela même qu'elles vivent, ayant tout perdu — des victimes dignes du plus vif intérêt, de la pitié la plus profonde.

Parmi ces victimes se trouvent des membres de la grande famille médicale, et notamment des étudiants en médecine, des fils de médecins, et peut-être des confrères eux-mêmes, dont la détresse inattendue demande les plus prompts secours.

Déjà, nous nous sommes empressés (numéro précédent de la *Tribune médicale*) de faire appel à la sollicitude de nos confrères, au sujet de cette douloureuse, poignante situation ; et, en notre qualité de *président actuel de l'Association de la presse médicale française*, nous avons étendu cet appel à tous nos collègues et organes de l'Association.

Cela ne suffit pas, il faut agir ; et le corps médical français aura à cœur de rivaliser, à propos et dans l'intérêt de ses propres enfants et de ses frères, avec l'élan généreux et universel, avec lequel le pays et le monde entier répondent aux suprêmes et humanitaires exigences d'une telle calamité.

Dans ce but, nous engageons tous nos collègues, organes de la *presse médicale*, d'ouvrir, dans leurs bureaux, comme nous le faisons, nous-mêmes, dès aujourd'hui, une souscription, dont le produit devra être versé au *Ministère des Colonies* — pavillon de Flore — où a été constitué un service pour la centralisation et la distribution des secours.

La lettre de notre éminent collègue, M. le professeur Le Dentu, auquel sa qualité de compatriote, (comme *enfant* de l'île-sœur, La Guadeloupe), des sinistrés, confère le devoir plus étroit encore, qu'il remplit avec une si touchante sollicitude, de s'occuper des moyens les plus efficaces de les secourir, fait connaître les précautions prises, à la Faculté de Médecine et ailleurs, pour s'assurer de l'identité authentique de ceux qui ont droit à ces secours.

V. Laborde,
Président de l'Association de la Presse médicale.

Lettre de M. le Dr Le Dentu.

« Mon cher collègue,

« Un Comité de patronage, comprenant les doyens des Facultés et le directeur de l'Ecole de Pharmacie, et présidé par le recteur, s'est institué à la Sorbonne avant-hier, dans le but de venir en aide, par des mesures d'ordre surtout administratif (exemption de frais d'inscriptions, de frais d'examens, etc.), aux étudiants de toute catégorie atteints par la catastrophe de la Martinique.

« Une souscription ouverte par la *Presse médicale de la France entière* pourvoirait à leurs besoins matériels, du moins à ceux des *étudiants en médecine*, dont le nombre m'est d'ailleurs inconnu.

« Le doyen se met à votre disposition pour vous fournir, à cet égard, les indications nécessaires.

« Peut-être pourriez-vous étendre le bénéfice de cette souscription aux membres survivants des familles de nos confrères de Saint-Pierre.

« Mais il faudra pour cela que l'argent afflue. Jugez et décidez. Si vous le trouvez opportun, vous pourrez vous mettre en rapport avec le Comité de patronage pour la répartition des sommes encaissées.

« Le courrier qui arrivera à Saint-Nazaire vers le 25 de ce mois nous fixera à peu près définitivement relativement aux morts, aux survivants et aux pertes matérielles.

« C'est en qualité de *Guadeloupéen* et en me considérant comme solidaire de mes malheureux compatriotes de la Martinique, que je crois de mon devoir de m'occuper de ces jeunes gens, frappés doublement dans leurs affections et dans leurs intérêts matériels.

« Agréez, mon cher collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

« A. Le Dentu. »

Circulaire de M. le Dr Ducor.

L'épouvantable catastrophe qui a soudainement détruit la ville de Saint-Pierre et ravagé la Martinique, a excité l'horreur et la compassion dans tout le monde civilisé et l'humanité tout entière s'est sentie atteinte. Nous nous sentons tous solidaires; mais, sans vouloir en rien détourner le courant de fraternite universelle, il semble cependant que la famille médicale a le droit et le devoir de s'occuper plus spécialement de ses membres si atrocement frappés.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris croit devoir attirer l'attention du corps médical sur la situation des étudiants en médecine originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Nous pensons obtenir facilement, pour ceux qui ne l'ont pas déjà, la gratuité des inscriptions et des travaux pratiques ; mais il paraît, en outre, nécessaire d'assurer leur entretien pendant la durée de leurs études.

Il est à craindre que le Comité officiel ne puisse obtenir un résultat complet — il y a tant de misères! — mais l'initiative privée peut lui venir en aide ; le corps médical pourrait, dans la mesure du possible, suppléer à la suppression des petites mensualités que ces malheureux jeunes gens ne recevront plus de leurs familles éteintes.

Il suffirait de former un Comité médical, composé de médecins, s'adressant aux médecins, pour assurer l'entretien des étudiants en médecine, originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Le Comité serait formé facilement par les médecins créoles des Antilles, les représentants des Associations médicales, des Sociétés médicales savantes ou professionnelles, de la Presse médicale, etc. Les fonds seraient centralisés par le caissier de l'Académie ou de la Faculté de médecine.

Dr Ducor, *secrétaire général.*

En conformité de cette circulaire, les étudiants en médecine, *originaires de Saint-Pierre et des environs*, sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, pour que le Comité en formation puisse agir d'après des bases certaines, et efficacement.

Le *Concours médical* n'ignore pas que nombre de ses membres ont déjà porté leur obole à des souscriptions ouvertes par des Mairies ou des journaux et groupements locaux. Mais il rappelle à ses lecteurs que nous parlons ici, d'une façon exclusive, de réunir des secours destinés à la famille médicale, et c'est à cet effet qu'il met ses Bureaux à la disposition des lecteurs sans fixer aucun chiffre minimum à ceux qui feront des envois.

Le Conseil de Direction du
« Concours médical. »

1re liste de souscription.

La Société civile du Concours Médical..	500 fr.
La Direction du Journal..................	100 »
M. le Dr Gassot..........................	10 »
— Dr Maurat.............................	10 »
— Dr H. Cézilly.........................	10 »
— Dr Jeanne.............................	10 »
— Dr Huguenin...........................	10 »
— Dr Pannetier..........................	10 »
— Dr de Grissac.........................	5 »
— Dr Gouffier...........................	5 »
Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles..............................	50 »
Total de la 1re liste.......	720 »

Le téléphone et les professeurs.

A M. le Dr *Jeanne, rédacteur en chef du* Concours médical.

Mon cher Confrère,

Vous avez quelque peu dérogé à vos habitudes, permettez-moi de vous le dire en bonne amitié, en écrivant avec plus de fantaisie que de documentation, les quelques lignes de votre avant-dernier *Propos du jour* relatives au téléphone à prix réduit pour les professeurs de la Faculté. Laissez-moi répondre aux points d'interrogation que vous posez : la question se présentera ainsi sous son véritable jour.

Depuis plus de dix ans, les médecins des hôpitaux de Paris, ou mieux les médecins qui, à un titre quelconque, appartiennent à l'Assistance Publique de Paris (médecins des bureaux de bienfaisance, etc.) profitent de la réduction de 25 % que l'Etat fait aux communes et aux services qui dépendent d'elles, sur les abonnements au téléphone. Je n'ai pas été tout à fait étranger à cette libéralité inusitée de l'administration vis-à-vis des médecins. Vers 1890, étant répétiteur dans une clinique de la Faculté, fonction d'enseignement assez absorbante, puisqu'elle exigeait parfois la présence à la clinique pendant vingt-quatre heures de suite, j'éprouvai le besoin d'avoir à mon domicile, le téléphone pour pouvoir répondre plus facilement aux appels du service ; il me semblait tout naturel que, par l'intermédiaire de la Faculté de Médecine qui ne me rétribuait pas, j'obtinsse la réduction de 50 % que le Ministère des postes et télégraphes fait aux administrations dépendant de l'Etat. Cette demande fut repoussée, comme celle que je renouvelai plus tard dans le même but lorsque je devins chef de clinique. C'est dans ces conditions que l'Assistance Publique voulut bien faire profiter les médecins de la réduction faite aux communes. Le Directeur d'alors pensait que cette mesure ne pouvait qu'être utile aux malades ; bien qu'elle fût en même temps agréable et profitable aux médecins, ce ne fut point pour lui une raison suffisante pour ne pas leur octroyer cette réduction de charges.

A diverses reprises, la même demande de réduction fut faite à la Faculté soit par des professeurs, soit par des agrégés, soit par des chefs de clinique ; il y fut toujours opposé une fin de non recevoir qui n'était guère motivée que par les complications de comptabilité qui en résulteraient. Au point de vue de l'enseignement clinique, n'est-il pas utile cependant que tous ceux qui en sont chargés soient reliés par le téléphone avec le service dans lequel ils enseignent? Et c'est cette mesure, conquise après de si longs efforts, que vous avez critiquée, sans savoir en faveur de qui elle est appliquée, ni comment elle a été obtenue! Car vous parlez uniquement des professeurs, alors que ce sont de plus modestes collaborateurs de la Faculté qui en ont les premiers profité. Il y a quelques mois en effet, la réduction d'abonnement a été consentie pour plusieurs chefs de clinique et c'est par une extension bien naturelle que, l'année prochaine, professeurs et agrégés pourront obtenir les mêmes avantages. Il serait trop long d'exposer ici d'autres raisons de service (suppléances aux examens, etc.) qui font de cette mesure non pas *une faveur*, mais *un acte de simple équité.* Cependant voici un exemple qu'il faut citer : c'est celui d'un agrégé (son cas n'est pas isolé) qui, depuis près de trois ans, est chargé officiellement, *sans aucune rétribution*, ni de la Faculté ni des élèves, de l'enseignement clinique d'un certain nombre de stagiaires ; le téléphone lui permet de savoir d'une façon plus précise ce qui se passe dans son service, de donner des instructions pour que les élèves profitent le plus possible des cas qui se présentent, de répondre plus rapidement aux appels qui lui sont faits le jour ou la nuit, etc.. Et l'on trouverait étrange que l'Etat qui ne rétribue pas ce professeur pour cet enseignement, lui consentit une réduction sur le tarif ordinaire !

N'auriez-vous pas mieux fait de féliciter notre nouveau Doyen de ce petit progrès, et d'applaudir l'Administration qui, pour une fois, au lieu de grever d'avantage, comme elle le fait chaque jour, le budget du médecin, l'allège un peu, et d'une manière simplement équitable?

N'eût-il pas mieux valu signaler, simplement le fait, à vos lecteurs en leur disant que, *peu à peu*, ceux d'entre eux qui sont chargés de services publics pourront, sans doute, obtenir des réductions semblables pour le téléphone, s'ils sont par exemple médecins d'hôpitaux, médecins de lycées, ou chargés du service d'assistance médicale gratuite, du service des enfants assistés, etc.?

Si vous aviez tenu ce langage, vous seriez resté dans les saines traditions du *Concours médical* qui toujours prêche la concorde ; vous auriez fait de bonne confraternité comme celle que vous mettez habituellement en pratique dans vos actes et dans vos écrits. Laissez à d'autres journalistes — puisqu'ils y trouvent leur plaisir — le triste privilège d'attaquer systématiquement ceux qui occupent les fonctions enviées de l'enseignement ou des services hospitaliers ; ces attaques — justifiées peut-être dans certains cas isolés — n'ont, la plupart du temps, d'autre origine que cette vieille « invidia medicorum » contre laquelle vous avez si souvent rompu des lances.

La crise médicale est assez forte, pour que tous les médecins, quelle que soit leur situation, s'unissent pour la défense des intérêts professionnels ; il ne sert à rien de reprocher aux uns ce que d'aucuns considèrent comme des privilèges ou des faveurs. Du reste, dans l'espèce qui nous occupe, il n'y a pas de faveur ; ce n'est qu'une *mesure équitable* ; au lieu de la critiquer, faisons nos efforts pour que, progressivement — et *sans un bruit* qui pourrait être nuisible aux intérêts de tous — le plus grand nombre possible de médecins en profite.

Veuillez agréer, etc. Dr G. Lepage,
Accoucheur des hôpitaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouveau procédé de sutures cutanées.

On a beaucoup essayé de moyens pour placer les sutures cutanées, mais on s'est, en général, peu occupé de la méthode de choix pour enlever ces sutures. Et cependant, cette dernière partie de l'acte opératoire a une réelle importance. Elle est parfois plus difficile que celles qui l'ont précédées. Mal exécutée, elle risque d'amener la désunion de lambeaux qu'on désirait réunir, de faire saigner et d'ouvrir ainsi la porte à l'infection, ou tout au moins, de faire souffrir inutilement les malades.

M. le prof. Aug. *Reverdin*, de Genève, indique le moyen suivant d'y remédier :

« Lorsqu'il s'agit de réunir une plaie de quelque importance, faire le premier nœud de la suture avec la partie moyenne du fil ; de cette façon, on a deux chefs d'égale longueur, on couche l'un des deux parallèlement, et *tout près* d'un des bords de la plaie, de façon qu'il soit forcément compris dans les anses formées par les points de suture qui seront fournis par l'autre moitié du fil.

« Lorsque, quelques jours après, il faut enlever les sutures, on saisit l'extrémité du fil qui longe la plaie, et on la soulève de façon à faire bâiller le dernier point de suture.

« Rien de plus facile, alors, que de passer la pointe des ciseaux sous l'anse ainsi soulevée et agrandie, et de la couper.

« On procède de même façon pour les points suivants, et, en quelques secondes, la suture est enlevée dans toute son étendue, sans douleur, sans aucun tiraillement fâcheux.

Ce procédé peut s'employer pour toutes espèces de sutures : à points séparés, en chaînettes, en surjet, etc. Avec le surjet, il est préférable de ne couper le fil que de deux points l'un : de la sorte, le point épargné est attiré par la traction du *fil releveur* c'est-à-dire que la suture est non seulement coupée mais enlevée.

Aujourd'hui les agrafes sont en honneur, j'ai cherché s'il ne serait pas possible de les enlever par un procédé analogue.

Les petits crochets dont on se sert habituellement sont très suffisants la plupart du temps, mais suivant les tissus sur lesquels sont appliquées les agrafes, celles-ci sont quelquefois un peu enfouies, ce qui rend l'application des crochets malaisée.

Voici ce qu'on peut faire ; au lieu de les présenter séparément au bord de la plaie, on enfile les agrafes sur un gros fil d'argent ou d'un métal quelconque souple et résistant, plié comme une épingle à cheveux.

C'est d'ailleurs, sur un fil analogue que sont vendues les dites agrafes.

Un aide saisit avec une pince les deux extrémités libres du fil et avec une autre, l'extrémité opposée, et approche le tout de la plaie. On ferme alors les agrafes ainsi présentées les unes après les autres, avec la pince *ad hoc.*

Si le nombre des agrafes préparées, est trop grand, on les enlève en les faisant glisser vers les extrémités libres du fil.

On a donc, outre les agrafes, un fil qui court des deux côtés de la plaie, et solidarise ainsi tous les éléments de la suture. Pour supprimer les agrafes, lorsque la réunion est assurée, il suffit de tirer en sens inverse, perpendiculairement à l'axe de la plaie sur les deux moitiés du fil. Les agrafes s'ouvrent pour ainsi dire, toutes à la fois, sans qu'on ait à rechercher pour chacune, les deux petits pertuis réservés aux crochets. On pourrait encore, de place en place entre les agrafes, enfiler de petites boucles libres, aisées à retrouver, et avec lesquelles les fils seraient très faciles à écarter (*Arch. méd. d'Angers*).

Suture de l'abdomen après laparotomie.

On a reproché à la laparotomie de laisser une cicatrice extensible qui permet par suite des éventrations à moins de se résigner à porter une ceinture, ce qui est toujours fort ennuyeux.

Ici encore la chirurgie a réalisé un progrès grâce à la méthode du professeur Monprofit, d'Angers. Cet opérateur ne sectionne pas l'aponévrose profonde au même niveau que la superficielle. Dans un premier acte, il sectionne la peau et l'aponévrose sous-jacente, puis il contourne le muscle grand droit pour sectionner l'aponévrose profonde et pénétrer dans la cavité abdominale en arrière de ce muscle. L'opération terminée, il établit deux plans de sutures, un profond derrière le grand droit et un superficiel. Ces deux plans étant à des hauteurs différents, et la suture profonde étant protégée pa le muscle grand droit, la cicatrice ne peut plus céder (Le *Correspondant Médical*).

L'entéroclyse.

M. le Dr *Hérard de Bessé*, de Pougues, recommande l'emploi de l'entéroclyse du gros intestin qui, dit-il, est un moyen thérapeutique puissant, généralement inoffensif et facile à pratiquer. Les indications, nombreuses, s'adressent à la plupart des affections intestinales, qu'elles résultent de la présence de microorganismes ou qu'elles soient produites par des substances toxiques, de parasites... etc. Les effets cholagogues de l'entéroclyse joints à l'antisepsie intestinale qu'il réalise, en font la base du traitement des ictères et de la lithiase biliaire ; de même son action diurétique, ajoutée aux avantages précédents est une ressource précieuse dans les infections des voies urinaires, dans les néphrites et l'urémie en particulier.

Technique. — La technique de l'entéroclyse est la même, qu'on veuille ou non franchir la valvule de Bauhin.

Attitude. — L'attitude à donner au malade a une grande importance. Il devra être couché et avoir son cæcum en situation déclive, ce qu'on réalisera en soulevant légèrement sa hanche gauche ou en le faisant coucher un peu sur le côté droit. Cette situation empêche les gaz de s'accumuler dans le cæcum, de le distendre, ce qui est capital si on veut franchir la valvule, car la distension faisant affronter ses deux lèvres, constitue un obstacle insurmontable au lavage complet.

Canule. — Comme instrument, le plus commode et le plus employé est une canule molle en caoutchouc, bien que de Genersich se serve

d'une sonde rigide. Il y a avantage à ce que cette canule soit longue (50 centimètres environ) et enfoncée aussi loin que possible. L'introduction est facile surtout si l'on attend que le liquide s'écoulant ouvre l'intestin au devant du bec de la sonde ; on peut la faire pénétrer ainsi au moins jusqu'à l'angle gauche du côlon et même généralement jusqu'au milieu du côlon transverse où on peut la sentir par la palpation à travers une paroi adominale mince.

M. Hérard se sert d'une canule en caoutchouc rouge de 0,50 de longueur, d'environ 1 cm. de diamètre. Le seul orifice d'écoulement est une fente qui ne peut se boucher en butant contre la paroi intestinale (ce qui est fréquent avec les sondes ordinaires portant un trou circulaire à leur extrémité) et dont les lèvres, formant valvule, empêchent tout reflux vers le récipient.

Chez l'enfant, on se trouvera bien d'une sonde uréthrale de Nélaton (n° 25 environ de la filière Charrière) qu'on enfoncera de 15 à 20 centimètres chez des enfants âgés de quelques mois.

La sonde introduite avec les précautions voulues, on la relie au récipient contenant le liquide par un tube en caoutchouc muni d'une pince ou d'un robinet pouvant arrêter le courant ou le modérer.

Récipient. — Le récipient peut être un bock (celui de la douche d'Esmarck, par exemple), contenant 1 litre de liquide au moins, ou un simple entonnoir.

Nous nous servons d'un appareil ainsi disposé : un récipient en verre de forme cylindrique, gradué, d'une contenance de trois litres, est disposé de façon à être mobile, dans une glissière fixée au mur ; à l'aide d'un contrepoids, on peut modifier facilement et rapidement sa hauteur qui s'apprécie par rapport au malade, grâce à l'échelle placée sur les côtés de la glissière,

Obturateur. — Parfois au cours de l'opération, surtout lorsque le sphincter manque de tonicité, le liquide s'échappe par l'anus ; on peut éviter cet accident en entourant le tube avec des tampons d'ouate non hydrophile et en maintenant l'orifice anal comprimé. Le mieux est d'employer un obturateur. Celui d'Oser est un cône tronqué en caoutchouc mou percé à son centre d'une ouverture, par où passe la sonde. Dauriac a imaginé une sorte de valvule en caoutchouc qu'on introduit dans le rectum en même temps que le tube irrigateur et qui, s'appliquant sur les parois de cet intestin, l'obture hermétiquement ; il a fait ultérieurement un autre obturateur qui m'a paru très commode. C'est une sorte de petite cuvette ovale, à rebords arrondis, montée sur un tube métallique de 15 à 20 centimètres. Cette cuvette est percée à son centre d'un orifice qui fait suite au tube et par où passe la canule ; un coussinet pneumatique contenu dans la concavité de la cuvette, lui-même traversé par la sonde, permet, en s'appliquant hermétiquement sur la région avec une pression modérée, d'empêcher tout reflux. Il est parfois bon, si la sonde est d'un calibre inférieur à celui du tube métallique, d'avoir une feuille de caoutchouc percée d'un trou suffisamment petit pour serrer autour de la canule ; appuyée sur la peau par le coussinet, elle empêchera toute fuite de liquide par l'interstice entre la canule et le tube métallique,

Lorsque l'anus est bien fermé, le liquide, au lieu de s'échapper au dehors, peut refluer par la sonde jusque dans le bocal et le souiller. Cet accident est impossible avec la sonde, son orifice étant constitué par une fente dont les lèvres font valvule.

Pression. — La pression à employer varie entre 0,20 et 0,60 centimètres ; il est rarement nécessaire d'atteindre 0.80 et on ne doit généralement pas dépasser 1 mètre.

Bien entendu, on règlera la pression d'après la rapidité d'écoulement du liquide : il faut, en général, compter 10 minutes, au moins, pour un litre.

La température dans l'apoplexie.

A l'une des dernières séances de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, M. le profeseur *Lépine* a fait une communication sur la température dans l'apoplexie.

« On sait, a-t-il dit, que chez un apoplectique les températures graduellement et rapidement croissantes passent pour être un signe de mort prochaine. Lorsque la température du malade s'élève progressivement à 38°, 39° et atteint 40°, la mort n'est plus qu'une question d'heures.

J'ai réuni 41 observations d'apoplectiques chez lesquels la température avait été prise de 3 heures en 3 heures. Dans deux cas j'ai vu, au troisième jour, la température monter à 40°8 et pourtant le malade survécut encore quelque temps.

En prévoyant une issue rapidement fatale, lorsqu'on voit monter rapidement la température chez un apoplectique, on a dix chances contre une d'être dans le vrai, mais il y a des exceptions. La loi n'est donc pas aussi absolue qu'on pourrait le croire.

L'eczéma des nourrissons.

La *Gaz. méd.* de Toulouse publie un résumé très complet du traitement de l'eczéma chez les nourrissons.

A. *Traitement prophylactique.* — La femme qui allaite doit surveiller son alimentation. Les aliments doivent être d'une digestion et d'une absorption faciles. Quant aux boissons, il ne faut pas permettre plus d'une demi-bouteille de vin par jour. Dans l'intervalle des repas, si la nourrice a soif, elle peut prendre un peu de limonade ou de tisane de réglisse, ou mieux de l'eau. Ni café, ni alcool. Les exercices quotidiens, mais modérés, sont recommandés. Bien entendu, ces règles d'hygiène sont applicables aux nourrices mercenaires aussi bien qu'aux mères nourrices.

L'enfant sera tenu proprement et l'on empêchera la formation sur la tête des croûtes de lait. Enfin, point très important, l'enfant sera mis au sein régulièrement toutes les deux heures et dans les premières semaines, pesé tous les jours.

B. *Traitement général.* — 1° Lorsque l'eczéma est déclaré, il faut surveiller l'alimentation de la nourrice et de l'enfant.

D'une part, suppression de la viande, du vin, de la bière ; la nourrice prendra du lait coupé d'eau de Vichy, mangera beaucoup de légumes et sortira tous les jours. Dans certains cas, malgré les modifications apportées au régime ali-

mentaire de la nourrice, l'eczéma de l'enfant persiste indéfiniment : il suffit alors de changer la nourrice pour voir très souvent l'eczéma guéri en quelques jours.

D'autre part, le nombre, la durée et les intervalles des tétées seront réglés plus strictement que de coutume.

2° Faut-il donner des médicaments aux nourrissons eczémateux ?

L'on a recommandé un grand nombre de médicaments et de sirops. L'arsenic a la réputation d'être, à tort ou à raison, antidartreux; aussi a-t-il été recommandé sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de 4 gouttes, suivant l'âge de l'enfant. Mais, il semble actuellement admis que la plupart des médicaments sont nuisibles. Tout au plus est-on autorisé à faire un usage modéré des alcalins, des laxatifs et des antiseptiques tels que le calomel, le benzo-naphtol et le bicarbonate de soude.

3° Enfin il ne faut pas négliger la cure d'air, qui est un précieux adjuvant.

C. *Traitement local.* — Quant au traitement local, il doit être des plus simples.

1° Tout d'abord débarrasser complètement la peau de tout exsudat desséché, et cela au moyen de cataplasmes.

2° Le décapage une fois obtenu, on applique une pommade. Les plus simples sont ici les meilleures. Vaseline à laquelle on peut associer un peu d'oxyde de zinc et de soufre dans les proportions suivantes :

Vaseline.....................	} ãã 15 gr.
Lanoline.....................	
Oxyde de zinc................	5 gr.
Soufre précipité pur, tamisé...	1 gr.

Mais souvent les poudres inertes, talc, sous-nitrate de bismuth, dans les eczémas suintants, donnent de très bons résultats.

Enfin, lors des poussées aiguës, il faudra recourir aux pansements humides, à l'eau bouillie.

En résumé, surveiller tout d'abord l'hygiène alimentaire de la femme qui allaite : nourriture mixte, pas trop de boissons, pas de bière. Ensuite régler l'alimentation du nourrisson. A côté du traitement prophylactique et du traitement général qui occupent le premier plan, instituer le traitement local qui n'est qu'un adjuvant.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-malades : M. le Pr agrégé MÉRY

I

Diagnostic de la chorée et des tics.

B..., âgé de 8 ans, nous est présenté comme atteint de chorée rebelle et récidivante. Il offre des mouvements spasmodiques, toujours semblables, limités à la face et plus particulièrement aux ailes du nez. Celles-ci sont incessamment soulevées par des secousses rapides et régulières. Les membres sont indemnes.

Est-ce de la chorée ? Assurément, non. Les mouvements caractéristiques de la danse de Saint-Guy, en effet, ont trois qualités essentielles qui ne se trouvent pas ici : ils sont *involontaires*, *incoordonnés* et *lents*. Quelqu'attention que prête le petit malade, il lui est impossible de les modifier, à plus forte raison de les arrêter ; ils persistent malgré la volonté. Ils sont incoordonnés, c'est-à-dire n'ont aucun but et ne reproduisent aucun mouvement habituel. Ils s'exécutent, enfin, avec une lenteur spéciale qui a d'ailleurs reçu un qualificatif les peignant assez bien : on dit qu'ils sont arrondis.

L'enfant B... ne doit pas être rangé dans le groupe des choréiques pour d'autres raisons encore : son affection est localisée à la face ; sa langue, tirée hors de la bouche, n'a pas les projections à droite et à gauche, l'instabilité qu'elle présente dans la chorée de Sydenham ; les membres supérieurs et inférieurs, d'autre part, ne sont pas atteints. Disons-le maintenant, nous sommes en face d'un tiqueur.

La confusion entre un tic et la danse de Saint-Guy est généralement facile à éviter. Le tic a des caractères précisément opposés à ceux dont je donnais l'énumération il y a un instant. Tout en étant involontaire, il peut cependant être influencé par l'attention, si le malade cherche à résister. Il est, d'autre part, rapide et coordonné, répétant toujours un mouvement habituel qui devient ainsi inconscient. Les tics sont localisés aux paupières (clignement), au nez, aux lèvres, à la face (donnant au facies des expressions multiples de rire, de moquerie, de dédain), aux épaules (haussement d'épaules), etc. Ils s'accompagnent parfois de bruits divers, reniflement, claquement des lèvres etc.

Nous nous sommes demandé si notre petit malade n'était pas atteint de l'affection décrite par Gilles de la Tourette sous le nom de « maladie des Tics. » Celle-ci comprend, en premier lieu, un tic, palpébral, facial, nasal ou encore sterno-mastoïdien. L'enfant a un rictus spécial rappelant la moquerie, où il semble dire perpétuellement *oui*, par contraction en avant des deux sterno-mastoïdiens, ou *non*, par mouvements latéraux du cou ; dans certains cas, il présente un haussement continuel d'épaules. Ces tics se montrent surtout dans la sphère supérieure du corps et sont plus rares aux membres inférieurs.

Gilles de la Tourette a signalé, en second lieu, chez ces malades, l'association fréquente de troubles mentaux pouvant quelquefois aller jusqu'à l'aliénation. Avant d'en arriver là, les tiqueurs de Gilles de la Tourette ont, pendant un certain temps, une tendance particulière à dire des grossièretés ; ils sont coprolaliques. D'autres sont écholaliques, répètent les mots qu'ils entendent, de préférence les termes grossiers ; quelques-uns sont écho-chinésiques, c'est-à-dire reproduisent les gestes faits autour d'eux.

Il est difficile de dire si notre petit malade est atteint de tic simple ou de maladie des tics. Bien qu'il paraisse avoir tendance à parler une langue peu polie, il n'a ni coprolalie, ni écholalie, ni aliénation mentale. Jusqu'à plus ample informé, nous devons le considérer comme un tiqueur ordinaire.

Le pronostic du tic simple est tout à fait différent du pronostic de la maladie des tics. Le premier peut être modifié assez souvent. Quand il s'agit de mouvements légers, de date peu ancienne, la suggestion réussit quelquefois. Nous avons eu récemment, salle Bouchut, deux en-

fants, qui ont ainsi guéri de tics remontant à quelques mois, l'un d'eux chez une fillette hystérique. Mais le traitement le plus efficace consistera en gymnastique musculaire, en éducation des mouvements. Celle-ci s'emploie de deux façons, soit en mouvements directement opposés au tic, soit en mouvements semblables. Les contractions musculaires doivent être exécutées à intervalles réguliers et au commandement (Brissaud). Ils constituent un des moyens curatifs les plus efficaces. On y ajoutera, au besoin, les antispasmodiques, dont l'action thérapeutique est modeste dans le cas particulier, et surtout l'hydrothérapie. Nous allons conseiller à notre petit tiqueur les douches et nous recommanderons à ses parents de le soumettre à la gymnastique musculaire, à l'exécution de mouvements opposés, au commandement.

II

Le zona chez les enfants

C..., âgé de 4 ans 1/2, est entré hier à l'Hôpital des enfants pour une éruption apparue il y a 5 ou 6 jours sur le membre inférieur gauche. En certains points du revêtement cutané, on trouve des vésicules remplies de sérosité, en d'autres l'élément éruptif s'étant desséché, nous ne trouvons que des croûtelettes. Il s'agit d'un zona.

Le petit malade, avant et depuis son éruption, a-t-il eu des douleurs ? Aucune, et c'est là un des caractères particuliers les plus nets du zona de l'enfance. Tandis que, chez l'adulte, cette affection s'accompagne de phénomènes névralgiques parfois très développés et tenaces, dans le jeune âge il n'en est rien. L'éruption est indolore ou du moins les souffrances sont notablement atténuées.

L'éruption a commencé, comme elle fait d'habitude, par des plaques rouges se recouvrant au bout de deux jours de vésicules rappelant l'herpès. Le contenu de celles-ci, d'abord clair, devient par la suite louche ou séro-purulent et leurs contours sont à la fois polycyclique et microcyclique. L'éruption de zona, comme l'a montré Besnier, a lieu par poussées, par placards successifs, chacun d'eux présentant des éléments à la même période de leur évolution. A côté d'un groupe de plaques rouges, vous rencontrez un second groupe au stade de vésicules, un troisième au stade de dessication, mais chaque placard demeure isolé de son voisin. Tous ces caractères sont communs au zona de l'adulte et à celui de l'enfance. Comme je le disais tout à l'heure, le phénomène différentiel le plus saillant est l'absence habituelle de douleur.

La distribution anatomique de l'éruption n'est pas sans intérêt. Chez notre petit malade, nous trouvons des vésicules sur toute la moitié inférieure de la cuisse, en avant, en arrière et latéralement. On a dit que les éléments éruptifs du zona se développaient sur le trajet d'un filet nerveux sous la dépendance duquel ils se trouvaient. Or, il est bien difficile de dire chez la plupart des sujets, comme chez notre enfant, quel trajet nerveux les vésicules ont pu suivre. Aucun nerf ne correspond à sa distribution. Aujourd'hui, la nature et la pathogénie du zona sont envisagées bien différemment. Brissaud a soutenu qu'il constituait non pas une maladie du système nerveux périphérique, mais du système nerveux central. En ce qui concerne la distribution de l'éruption, elle n'est pas celle des nerfs périphériques, mais celle des zones médullaires. La moelle a été divisée, physiologiquement, en un certain nombre de tranches (zones métamères) qui correspondent à des segments cutanés. Selon les idées actuelles, le zona serait dû à l'infection d'une zone médullaire et la topographie de l'éruption coïnciderait avec le segment cutané correspondant. Cette théorie s'appuie sur d'autres arguments : j'y reviendrai dans quelques minutes.

Outre les douleurs et les vésicules, on observe généralement du gonflement, une tuméfaction variable du membre atteint, quelquefois des engorgements ganglionnaires. L'adénopathie peut même précéder l'éruption. Ces deux phénomènes, gonflement et adénopathie, sont des troubles secondaires. La sensibilité est parfois modifiée, tantôt sous forme d'hyperesthésie, tantôt sous forme d'anesthésie. L'anesthésie se voit, en particulier, sur les cicatrices indélébiles laissées par les éléments éruptifs. Deux mots, enfin, des complications. On a signalé des vésicules aberrantes sur d'autres parties du corps (Tenneson), la réunion de plusieurs vésicules pour constituer de véritables bulles, quelquefois également des hémorrhagies (variété assez grave).

Le zona, dans l'enfance, est loin d'être rare. Il est certes aussi fréquent que dans l'âge adulte. Il se montre de préférence au printemps et à l'automne, comme certains herpès. La disposition et le siège des vésicules n'a rien de particulier. Quel que soit l'âge du patient, l'éruption se produit à ses sièges habituels, le thorax, les membres ou la face.

La pathogénie de cette maladie est conçue, de nos jours, différemment de ce qu'elle était autrefois. Tout le monde s'accorde à en faire une maladie infectieuse. Landouzy a été le précurseur de cette idée et déjà, en 1883, il soutenait, d'après la clinique, la nature infectieuse du zona. Celui-ci, en effet, ne récidive pas, en général, et, au même titre que la rougeole, la variole ou la scarlatine, il procure une sorte de vaccination. L'infection se localise sur le système nerveux. On a abandonné la théorie de lésion des nerfs périphériques, la topographie de l'éruption ne correspondant pas à la distribution de ces nerfs. Elle paraît dépendre des zones métamériques de la moelle et, effectivement, on a observé, dans le zona, des altérations des ganglions rachidiens des racines postérieures. Certains auteurs ont aussi signalé la présence de germes dans le liquide céphalo-rachidien et de la lymphocytose de ce même liquide.

Le traitement comporte deux parties : 1° une médication analgésique ; chez l'enfant, les douleurs étant peu vives les calmants généraux sont rarement nécessaires ; 2° une médication de l'éruption. On peut se contenter de poudres inertes, amidon, oxyde de zinc ou de pâte d'oxyde de zinc (mélange d'oxyde de zinc, d'amidon et de vaseline) à laquelle on ajoutera, en cas de douleurs, de la cocaïne et du menthol. Il y a souvent intérêt, dans la mesure possible, à faire avorter l'éruption. Celle-ci laisse une cicatrice qui, dans un zona de la face, par exemple, est fort désagréable. Il existe un procédé permettant, en grande partie, d'éviter la production

de telles cicatrices. Ce traitement consiste à ouvrir les vésicules une par une et à les cautériser soit à la teinture d'iode, soit au perchlorure de fer.

III

Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

C..., âgé de 8 ans 1/2, a été atteint, il y a 15 jours environ, de coryza, fièvre, frissons, toux et douleurs lombaires. Le diagnostic de grippe fut d'abord porté. Puis, la maladie se prolongeant, on pensa à une fièvre continue. L'enfant eut de la diarrhée fétide, des épistaxis, de la céphalée, des vomissements, si bien que le médecin traitant l'adressa à l'hôpital avec le diagnostic fièvre typhoïde.

A l'examen, on trouve un enfant pâle, un peu amaigri, la langue blanche, sans être étalée comme elle l'est dans l'embarras gastrique, rouge aux bords et à la pointe, véritable langue typhique. La température est assez élevée, le pouls fréquent. Il y a dans la poitrine quelques râles de bronchite et sur l'abdomen des taches rosées. Le petit patient présente, en outre, des sueurs abondantes: il n'est ni profondément abattu, ni trop affaibli. En résumé, le diagnostic définitif s'impose : c'est une fièvre typhoïde.

On pourrait, cependant, se demander si le début n'a pas été grippal. On voit et, ces temps derniers, nous avons souvent observé l'association de la grippe à d'autres affections, la rougeole et la coqueluche par exemple. Le pronostic de celles-ci est alors notablement aggravé. Dans le cas actuel, la situation de l'enfant est demeurée assez satisfaisante, la dothiénentérie a été de moyenne intensité et, en ce moment, il n'y a plus aucun phénomène rappelant la grippe, pas de coryza, pas de rougeur de la gorge, etc.

Question intéressante : quel est l'âge de cette fièvre typhoïde ? Nous avons toutes sortes de raisons pour dire qu'elle est au quinzième jour environ de son évolution. Sur l'abdomen, nous trouvons à la fois des taches rosées récentes et anciennes, en période de disparition. Les premières taches lenticulaires se montrant au 8e ou 9e jour et durant 5 à 6 jours, nous amènent au 15e jour. Les sueurs, phénomène critique, indiquent également que nous sommes au déclin de la maladie. Le patient a donc accompli les deux tiers de sa fièvre continue et celle-ci va maintenant décroître à condition toutefois qu'il n'y ait pas de recrudescence.

La fièvre continue infantile est souvent atténuée dans son expression symptomatique. Il faut savoir que, par contre, elle n'est habituellement pas diminuée, quant à sa durée. Ainsi, tout récemment, nous avons eu, salle Parrot, une fillette légèrement atteinte d'une fièvre continue qui, en raison des recrudescences fébriles, n'a pas duré moins de 4 semaines.

Au point de vue thérapeutique, chez notre malade, nous emploierons surtout les moyens hygiéniques. Sa température n'est pas très élevée, n'atteignant pas 39° hier soir et descendant à 37°8 ce matin. Il n'est pas nécessaire, dès lors, de s'adresser à l'arsenal des grandes médications. On lui fera des lavages de la cavité buccale à l'eau bouillie boriquée ou additionnée d'une cuillerée à bouche de liqueur de Labarraque par litre. On y joindra l'antisepsie nasale par la vaseline boriquée. Les fonctions intestinales seront maintenues par des lavements d'eau bouillie, dont la température variera selon les indications, suivant la fièvre. On donnera, par exemple, un lavement tous les jours avec un gramme de borate de soude. L'alimentation devra être uniquement liquide, 1 litre à 1 litre 1/2 de lait par 24 heures, du bouillon et, à la rigueur, un peu de jus de viande. Comme médicament, le sulfate de quinine. M. Grancher le donne toujours et d'une manière continue. Je crois, pour ma part, qu'il y a intérêt à le suspendre de temps en temps ; j'en prescris volontiers d'assez fortes doses, 60 centigrammes par 24 heures, pendant 3 jours, je cesse alors son emploi et j'y reviens ensuite. Je ne vais pas cependant jusqu'à dire, avec M. Bouchard, que le sulfate de quinine, spécifique de la fièvre intermittente, doit être administré de façon intermittente. L'expression est caractéristique, mais un peu excessive.

Tel est le traitement des formes légères de la fièvre typhoïde infantile. Dans les formes graves, je reste partisan des bains froids. Je ne crois pas ceux-ci utiles dans toute fièvre qui ne dépasse pas 39° ; mais, par contre, je les emploie toujours lorsque, avec des signes généraux intenses, la température avoisine 40°. Je donne alors des bains à 28° toutes les 4 heures pendant 8 à 10 minutes chaque fois. On peut refroidir l'eau du bain jusqu'à 26° ou 24° ; je pense, toutefois, qu'il est imprudent de descendre au-dessous, car chez l'enfant la réaction se fait généralement moins bien que chez l'adulte. Après le bain, il se produit souvent une tendance syncopale et le petit malade reste cyanosé. Chez lui, ce qu'on a appelé le collapsus balnéaire est plus fréquent, son myocarde se défendant moins bien. Il y a là une particularité, dont il faut tenir compte, et, pour éviter cet accident, on s'adressera avantageusement au sulfate de strychnine qui agit comme tonique du cœur. J'ai souvent vu des enfants sujets au collapsus balnéaire supporter convenablement le bain grâce à l'emploi d'une dose de 1/4 ou 1/2 milligramme de sulfate de strychnine, le collapsus reprenant, dès qu'on supprimait le médicament. La strychnine est donc le correctif à apporter à la balnéation.

En résumé, les bains froids ne doivent pas être un traitement systématique de la fièvre typhoïde, mais il ne faut pas hésiter à y recourir dans les cas sérieux. Ils sont supérieurs aux bains chauds. Leur inconvénient le plus important, le collapsus balnéaire, pourra être évité (Sevestre, Guinon et Méry) par l'administration du sulfate de strychnine.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

STOMATOLOGIE

Sur les vaisseaux sanguins des racines dentaires humaines ; déductions pathologiques,

Par le Dr Aguilhon de Sarran,
Dentiste de l'Hôpital Beaujon.

Il y a longtemps déjà, les anatomistes ont pensé qu'il existe dans la cavité des dents, d'au-

tres vaisseaux sanguins, que ceux qui sont fournis par l'artère et la veine dentaires. Kœlliker en fait mention ; encore les considère-t-il comme des canaux de Havers.

« Dans les dents des jeunes sujets, dit-il, » lorsque le cément a son épaisseur normale, on » ne trouve point de canalicules de Havers : » dans les dents des vieillards, au contraire, » dans les molaires surtout, et lorsqu'il y a hypérostose, ces canalicules se montrent très » fréquemment ; on les voit, dans ces cas pénétrer au nombre de un à trois au plus dans le » cément, où ils se divisent deux ou trois fois, » et se terminent en cul-de-sac. »

Salter ajoute que, dans quelques cas, ces canaux s'étendent dans l'ivoire et s'ouvrent dans les cavités dentaires.

Je voulus, alors, me rendre compte de cette disposition anatomique, et, sur des maxillaires de chiens admirablement injectés que le regretté professeur Cadiat me donna, je pus voir qu'il existe un assez grand nombre de vaisseaux dont la disposition est la suivante : sur les racines externes des dents, et sur la moitié externe de ces racines, sur une hauteur de trois à quatre millimètres, on voit au microscope quinze à vingt-cinq vaisseaux qui traversent le cément et l'ivoire, et vont s'étaler le long de la paroi interne de la cavité pulpaire. Ils ont la structure des gros capillaires.

Partis d'une des branches de l'artère dentaire, ils arrivent au contact du cément et se divisent en quelques rameaux. L'un traverse, comme nous l'avons dit, les tissus radiculaires, les autres se glissent à travers le ligament dentaire, soit pour s'y terminer, soit pour aller se perdre dans la paroi externe de l'alvéole ou dans la gencive.

J'ai pu voir que cette disposition est la même chez l'homme dans les recherches que j'ai faites depuis que j'ai présenté mes préparations à la « Société de Biologie », le 13 novembre 1880.

Pour les savants qui s'occupent de micrographie et qui savent à quel point l'on peut se tromper lorsque l'on étudie certaines pièces, je puis affirmer que les vaisseaux existent bien. Ils ont été vus par les maîtres et les élèves du laboratoire.

Depuis, M. le Professeur Rémy a photographié mes préparations et les a reproduites dans le livre intitulé : « Manuel des travaux pratiques d'histologie ».

Normalement ces vaisseaux sont tous à la région *externe* de la racine *externe*.

C'est par eux que se fait la circulation du sang au moment où la dent se développe. La paroi externe de l'alvéole, qui grandit en même temps que la racine se développe, est nourrie et probablement innervée en même temps qu'elle. Mais on trouve très rarement un vaisseau sur une racine interne ou à l'intérieur d'une racine quelconque. C'est un fait anormal et qui explique, comme nous le verrons tout à l'heure, certains phénomènes pathologiques. Il est très important à retenir.

Les déductions physiologiques et pathologiques de cette étude anatomique sont importantes et nombreuses. Elles n'ont pas encore été étudiées, mais je vais en citer quelques-unes.

Au point de vue anatomique, c'est la solution de ce problème si souvent posé : « La pulpe dentaire a-t-elle, comme les autres organes, une double circulation sanguine ! »

Au point de vue physiologique, il explique le développement de l'alvéole en même temps que la racine se développe et s'allonge et l'on comprend les accidents de la dent de sagesse dont la couronne ne peut sortir et devient un obstacle invincible au développement normal de la racine et de son alvéole.

Enfin, au point de vue pathologique, il a une importance considérable. Je ne veux citer aujourd'hui que deux accidents très fréquents.

Le premier est la fluxion seule ou suivie d'abcès dentaires.

Cette maladie est encore désignée sous le nom plus scientifique d'ostéite du maxillaire. Elle apparait, presque toujours, sur le côté externe de la mâchoire. Cela tient à ce que les matières putrides qui viennent de la pulpe malade ou morte pour toucher à l'os, passent par les petits canaux occupés auparavant par les vaisseaux et qui maintenant sont libres et ouverts. Il est très rare que les matières fermentescibles passent par le canal dentaire qui reste fermé par les débris de l'artère, de la veine et des nerfs et par la tunique albuginée qui les entoure.

Dans ce dernier cas, les accidents n'ont point le caractère d'une ostéite et sont beaucoup moins douloureux. A la région interne, au palais par exemple, on voit rarement des abcès, qui viennent, du reste, de la situation anormale d'un vaisseau.

Le dernier accident est l'abcès du sinus maxillaire. Cette maladie n'est autre chose qu'un abcès dentaire développé et ouvert dans cette cavité.

Le pus, qui y séjourne longtemps, détermine les accidents que vous connaissez tous.

Mais cet abcès ne peut se développer que sur des canaux placés d'une façon anormale à la partie interne des racines des grosses dents supérieures.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement de la cystite.

Il n'est pas sans intérêt de passer en revue les divers traitements, préconisés contre une affection aussi fréquente et aussi rebelle que la cystite.

Autrefois, on traitait uniquement la cystite par des remèdes internes, qui, au moment de leur élimination, devaient agir sur la muqueuse enflammée ; cette méthode est encore employée aujourd'hui, mais on y joint une thérapeutique locale. Plus tard on essaya d'activer la guérison par l'injection de substances diverses ; mais l'affection s'aggravait la plupart du temps, soit que l'irritation, produite par ces substances elles-mêmes, ou par les instruments introduits, fût trop grande, soit que le spasme de la vessie en fût augmenté. Les praticiens essayaient aussi d'évacuer le pus, en produisant des mictions fréquentes et abondantes, au moyen de certaines décoctions ou de grandes quantités de liquides ingérées par les malades. Puis on préconisa le bicarbonate de soude, et les eaux minérales alcalines.

Les balsamiques étaient complètement laissés de côté ; on ne les employait, et on ne les em-

ploie encore, le santalol tout particulièrement, que dans la cystite blennorrhagique. A côté de ces remèdes internes, on mettait en pratique une thérapeutique antiphlogistique. Dans ces derniers temps, on a surtout recours à l'urotropine, car celle-ci est éliminée rapidement par l'urine, et possède des propriétés bactéricides. (Nicolaier-Caspe1-Bordet). Ce médicament permettait d'obtenir des résultats excellents dans les formes de cystite les plus variées, aussi bien dans la cystite blennorrhagique (Godberg), que dans les différentes cystites secondaires. Quand il se présente en même temps des inflammations dues à une hypertrophie de la prostate, il faut naturellement joindre à l'urotropine un traitement local. Il en est de même dans les cystites consécutives à une rétention d'urine. L'urotropine procure des résultats particulièrement bons dans les cystites liées à des affections nerveuses, à condition qu'il n'y ait pas de rétention d'urine. Dans la cystite tuberculeuse, l'urotropine n'agit pas ; cependant on la prescrit comme antiseptique interne, pour éviter les infections secondaires, ordinairement si fréquentes. Cette dernière affection est influencée d'une manière très favorable par le carbonate de gaïacol ou la créosote, sous forme de capsules ou d'injections sous-cutanées. Le salol, par ses propriétés anti-fermentescibles est utile dans toutes les formes de cystite.

Depuis qu'on a découvert l'étiologie parasitaire de la cystite, on cherche à inhiber le processus morbide par des remèdes qui détruisent les différents micro-organismes in-vitro. Parmi les médicaments de cette catégorie, il faut citer le nitrate d'argent, qui, à des doses relativement très petites, constitue un excellent antiseptique, et dans cet ordre d'idées, on se sert des injections intravésicales de nitrate d'argent. Guyon emploie les solutions à 2 ou 10 % ; il injecte chaque fois 10 à 30 gouttes de cette solution. Melchior emploie cette méthode dans tous les cas, sauf dans les formes tuberculeuses.

Quand le traitement au nitrate d'argent ne réussit pas, on emploie avec succès les injections de sublimé (1/500), surtout dans les cystites accompagnées de douleurs violentes. Dans la cystite gonococcique, chez l'homme comme chez la femme, le sublimé donne des résultats particulièrement bons, surtout dans les formes qui persistent longtemps après la guérison du processus uréthral. Il en est de même pour toutes les cystites chroniques, sauf pour les cystites calculeuses, qui ne guérissent que par l'élimination du corps étranger irritant.

Les instruments nécessaires pour ces injections sont une seringue à cylindre en verre, de la contenance de 4 centimètres cubes, et un petit cathéter olivaire perforé du calibre 13 ou 14.

Le malade doit vider sa vessie avant l'injection, pour ne pas diluer l'agent médicamenteux au moyen de l'urine. On remplit la seringue avec la solution, on y fixe le cathéter et on en exprime l'air. Le cathéter est ensuite introduit dans la vessie, et l'injection poussée lentement. L'injection terminée, le malade doit pendant quelque temps se coucher sur le côté, et sur le ventre, pour mettre le liquide en contact avec toute la surface de la vessie.

Les premières injections sont bien un peu douloureuses, mais la sensation désagréable ne tarde pas à disparaître. Il ne faut se servir de cocaïne, ou d'eucaïne qu'avec les solutions de sublimé à 1/500. Au début, ces injections doivent être pratiquées tous les jours, pour antiseptiser complètement la vessie. Mais si l'on emploie le sublimé, il ne faut au début opérer que tous les deux jours ; on commence par une solution à 1/4000, puis on monte à 1 pour 2000, 1 pour 1000, et finalement à 1 pour 500. Le médecin doit naturellement, dans cette progression délicate, faire attention aux susceptibilités individuelles, et à tous les incidents qui peuvent se produire. Parmi les cas chroniques, ce sont les cystites tuberculeuses qui résistent le plus longtemps à cette méthode, et exige une grande patience de la part du médecin et du malade. On injecte de la solution 4 centimètres cubes dans la vessie, et 10 à 15 gouttes dans le col de la vessie et l'urèthre postérienr. L'injection de grandes quantités de ce liquide n'est exempte, ni de douleurs ni de dangers. Pour faire la solution de sublimé, il faut employer de préférence l'acide tartrique, et non pas l'alcool, qui est douloureux et excitant pour le malade.

Mais, dans les cystites chroniques, les injections intra-vésicales n'ont pour effet que d'atténuer les symptômes, et, pour obtenir une guérison radicale de la cystite, il faut atteindre le mal dans ses bases. Dans ce but on a préconisé des méthodes variées, telles que des antiseptiques internes (benzoate de soude, acide borique, urotropine) ; mais ces médicaments, pour antiseptiser réellement l'urine, devraient être pris à des doses fortes, et par suite nuisibles à la santé générale.

Cloquet introduisit (1823) dans la thérapeutique de la cystite, la méthode des grands lavages de la vessie. Quelquefois la vessie peut être trop douloureuse ou trop irritable ; pour les supporter on peut alors par le repos et l'installation d'une sonde à demeure parer à cette hyperesthésie ; on évite du même coup les rétentions d'urine partielles, et on diminue la pyurie. Cloquet pensait, par son procédé, éliminer les produits inflammatoires, et empêcher la résorption de produits toxiques par les parois enflammées de la vessie. Par les lavages, il combattait non seulement la cystite, mais encore il réalisait la prophylaxie des complications éventuelles. A ce moment, on ne réalisait pas encore la désinfection mécanique de la vessie par le drainage à grande eau (1 ou 2 litres de liquide). Plus tard, on chercha à obtenir de meilleurs effets du lavage, en augmentant la rapidité d'entrée et de sortie de l'eau. C'est dans ce but que Bigelow inventa l'aspirateur qui porte son nom. Mais ce procédé n'était pas encore idéal.

Kraus se servit d'un appareil se composant d'un cylindre à acide carbonique sous la pression de 20 atmosphères, et d'un irrigateur. Pour ses expériences, il n'employa cependant qu'une pression de 2 atmosphères 1/2. Grâce à ce procédé, il a pu traiter avec succès beaucoup de cas de cystite chronique. Comme liquide d'irrigation, il employait une solution de sel de Carlsbad, remède indifférent, car il voulait traiter la muqueuse vésicale par une méthode non pas antiseptique, mais mécanique. A chaque irrigitation, il envoyait 50 centimètres cubes de liquide : la séance durait 30 minutes, et au bout

de ce temps, l'eau ressortait absolument claire ; le cystoscope montrait la muqueuse complètement nettoyée.

Cette méthode fut aussi employée dans la lithotritie, dans le curettage de tumeurs vésicales. Ces lavages sous pression devaient être employés dans toutes les cystites qui résistaient aux remèdes ordinaires ; il y avait à la fois élimination mécanique des produits purulents, et action astringente, désinfectante sur la muqueuse.

Les substances médicamenteuses employées pour les lavages sont : l'acide borique, l'alun, et surtout le nitrate d'argent (1 pour 500), recommandé par Guyon. Chaque lavage au nitrate d'argent doit être suivi d'un lavage à l'eau salée.

D'autres auteurs se servent du salicylate de soude (une cuillerée à café pour 500 gr. d'eau distillée).

(Pour ces lavages, on emploie une sonde de Nélaton. Quand il y a possibilité du côté du malade, il est préférable de se servir d'une sonde à double courant pour réaliser un lavage continu de la vessie).

On emploie aussi le tanin, le chlorate de potasse, l'hyposulfite de soude, l'eau phéniquée, l'iodoforme.

Quand les lavages sont douloureux, Noguès emploie d'abord l'eau boriquée, puis une injection de 100 grammes d'antipyrine à 3 pour cent, qu'il laisse 15 à 20 minutes dans la vessie, et c'est alors seulement qu'il pratique le véritable lavage au nitrate d'argent. Il fait enfin une deuxième injection avec 100 grammes de la solution d'antipyrine. Par ce procédé, il anesthésie la vessie, et peut se servir du nitrate d'argent, même dans les cas douloureux.

Lorsque toutes ces méthodes thérapeutiques restent sans résultats, il est indiqué de faire une intervention chirurgicale. On doit mettre la vessie au repos complet, au moyen d'une sonde à demeure : ceci étant dit surtout pour les cas douloureux et chroniques. Si ce procédé ne réussit pas, on a recours aux diverses méthodes de drainage périnéal, avec dilatation du col vésical ; chez la femme on peut, par la colpo-cystotomie, établir une fistule vésico-vaginale. Néanmoins, il faut dire que le drainage périnéal est justiciable d'un reproche, celui de rendre difficile l'antisepsie de la vessie.

C'est pourquoi on préfère actuellement l'épicystotomie.

Cette opération est surtout indiquée dans la tuberculose de la vessie. Voici d'ailleurs les avantages qu'elle présente : on découvre la vessie, on l'incise et on y met un drain à demeure, qui réalise le repos complet de l'organe ; on peut ensuite facilement explorer le réservoir urinaire ainsi que son col, et déterminer l'emplacement exact des lésions. On reproche cependant à cette opération de présenter certains dangers, et de ne pas permettre l'ablation des produits tuberculeux ; en effet la tuberculose vésicale est toujours une infection secondaire, et il existe un foyer primitif qu'on n'atteint pas ; l'épicystotomie aurait donc une valeur pratique nulle. La chose est vraie, quand la cystotomie est employée trop tard ; il est donc indiqué de poser un diagnostic précoce en pratiquant la cystoscopie, et en essayant de déceler le bacille de Koch dans l'urine. C'est de la sorte que Mansel-Moullin a obtenu de bons résultats dans trois cas. Battle et Reale prétendent même que la simple ouverture de la vessie possède une heureuse influence sur le processus tuberculeux.

Mais, d'après un certain nombre de praticiens, il faut agir directement sur les lésions, dont on a déterminé l'existence et le siège ; la nature de l'intervention varie avec l'état de la muqueuse. Quand celle-ci est très rouge et présente un aspect chagriné, on pratique la cautérisation au moyen du chlorure de zinc, ou d'une solution de sublimé relativement concentrée (1/1000 à 1/500).

Cumbston préconise l'attouchement de la vessie avec une solution d'acide lactique à 20 ou 30 pour cent. Quand on ne trouve des fongosités qu'au niveau du trigone vésical, il peut suffire de les toucher au thermocautère. Quelquefois aussi on fait le *curettage*.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont : une longue curette utérine de Récamier, un large cathéter métallique avec deux ouvertures latérales, et un irrigateur ; point n'est besoin d'une sonde à double courant. On pratique l'anesthésie générale.

Après désinfection des organes génitaux externes, on pratique avec de l'eau boriquée à 3 pour cent, un lavage de la vessie, sous une certaine pression, afin d'irriguer toute la muqueuse. On vide ensuite le réservoir urinaire, et, avec les instruments précédemment décrits, on fait un grattage énergique des parois vésicales antérieure et postérieure ; il ne faut cependant pas agir avec trop d'énergie afin d'éviter une perforation. Ordinairement, on curette d'abord la paroi antérieure, puis on retire l'instrument, et on éloigne les détritus avec un lavage à la solution saline physiologique. Ensuite on opère de la même façon pour la paroi postérieure et le col. Pour terminer, on pratique encore un lavage abondant à la solution salée, afin de bien nettoyer la vessie, et de ne pas permettre aux détritus pathologiques qui seraient restés, de déterminer un nouveau foyer d'infection. L'eau de lavage a tout d'abord une teinte sanguinolente, puis elle ressort de plus en plus claire. Après l'opération, on met une sonde à demeure, et on porte le malade dans son lit.

L'intervention se passe ordinairement sans complications. S'il y a hémorragie, on fait une irrigation avec une solution d'antipyrine à 4 pour 100. Lorsque toutes les règles de l'antisepsie ont été bien observées pendant l'opération, on n'observe généralement pas de fièvre consécutive. Il faut laisser la sonde à demeure pendant 12 ou 15 jours au moins, si des caillots venaient à l'obturer, il serait facile de remédier à cet inconvénient au moyen d'une injection d'eau boriquée. Quand la sonde est trop irritante pour la muqueuse, on la remplace par une autre.

Cumbston a eu l'occasion de pratiquer, avec résultats favorables, le curettage chez des malades. Mais cette opération n'est praticable par la voie urétrale que chez la femme, quand les lésions sont plus étendues et occupent leur siège de prédilection. Dans les autres cas, chez l'homme en particulier, il est nécessaire de faire au préalable la cystotomie sus-pubienne.

Quand la cystite est due au prolapsus des organes sexuels féminins, et qu'elle ne disparaît pas consécutivement à l'hystéropexie, le curettage vésical s'impose.

Dans la cystite tuberculeuse, cette intervention permet d'obtenir localement d'excellents résultats ; mais si elle n'est pas pratiquée dans les premiers stades de la maladie, le malade meurt de tuberculose généralisée et localisée dans une autre région de l'organisme.

Enfin dans certaines cystites chroniques, il faut faire un traitement local ; s'il y a sténose uréthrale, il est nécessaire de pratiquer la dilatation ou l'uréthrotomie. Dans les cas d'hypertrophie prostatique, on oppose tout d'abord à cette dernière affection les moyens ordinaires. Quand la cystite est due à des calculs, on fait en premier lieu la lithotripsie, ou bien la lithotomie périnéale, qui ne produit pas d'incontinence et donne une fistule périnéale, de guérison rapide. Quand les pierres sont volumineuses, on lui préfère la lithotomie sus-pubienne.

Parascandalo et Marchèse ont vérifié par l'expérimentation la valeur du curettage de la vessie dans des cas de cystites qu'ils ont provoquées artificiellement. Ils ont opéré chez dix chiens, en préconisant, pour les femelles, la voie uréthale, pour les mâles la voie sus-pubienne ; leur manuel opératoire était celui que nous avons décrit plus haut. Une analyse chimique et bactériologique des urines a été faite pendant les dix jours consécutifs à l'intervention.

Le résultat de ces analyses, ainsi que la disparition des phénomènes de cystite après le curettage de la vessie, permettent à ces auteurs de conclure que dans tous les cas de cystites chroniques purulentes, où des méthodes de traitement plus simples sont restées sans effet, le chirurgien est autorisé à pratiquer le curettage de la vessie, opération qui chez l'homme a procuré quelquefois des résultats tout à fait remarquables.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de Mortagne.

Extrait du procès-verbal de la séance du 8 octobre 1901

Nous recommandons vivement à nos lecteurs la lecture du document suivant. Il montre la distance qui sépare la vérité officielle de la vérité vraie. Nous avons souligné certains passages particulièrement suggestifs à ce sujet.

Compte rendu de l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite dans l'Orne.

La loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, est certainement la meilleure, la plus juste, la plus humanitaire de toutes celles qui ont été votées par nos assemblées législatives depuis la fondation de la troisième République.

A ce titre, elle devrait trouver tout le monde empressé de concourir à son application. C'est juste le contraire qui est vrai.

Dans la plus grande majorité des départements, elle a reçu des Conseils généraux un accueil plutôt froid. Beaucoup ont refusé de voter les fonds pour son application et dans les autres les sommes affectées à son exécution sont bien au-dessous des besoins. Les municipalités se sont montrées indifférentes et personne n'a compris la nécessité de venir en aide à l'indigent malade, parce que jusqu'à présent c'était la charité privée et surtout le dévouement des médecins qui en faisaient tous les frais.

C'est là cependant une affaire communale par excellence, la commune étant, après la famille, le premier groupement naturel et la plus solide assise de l'Etat. La mairie avec son conseil municipal et les électeurs ne constituent-ils pas une république en miniature dont les membres les plus favorisés par la position sociale ou la fortune doivent aux autres aide et assistance.

Tant que les membres de cette Société type ne seront pas pénétrés de l'importance de la solidarité sociale, la loi sur l'assistance n'entrera pas dans nos mœurs.

Si les frais de cette assistance demeuraient uniquement à la charge de la commune, nous comprendrions jusqu'à un certain point cette résistance passive de la part des Maires et des Conseils municipaux, mais d'après la loi, une certaine partie de ces frais incombent au Département et à l'Etat.

Constatons, en passant, que sept de nos confrères sont Maires de leur commune, et que ce sont ces communes, qui sont, d'après leurs aveux et ceux des autres médecins, les moins bien organisées au point de vue de la loi.

Dans notre département, grâce à l'impulsion donnée par M. le Préfet, le Conseil général ne s'est pas montré hostile. Les crédits votés jusqu'à ce jour n'ont jamais été épuisés.

Dans sa circulaire du 29 mai 1897, M. le Préfet, faisant appel à la bonne volonté des communes récalcitrantes, affirmait que la loi fonctionnait dans presque toutes les communes du département. Mais si nous en croyons le résultat de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés, il faudra en rabattre de cet optimisme, car, d'après les confrères, 129 communes seulement sur 511 sont à peu près en règle sous ce rapport.

Mais avant d'aller plus loin, donnons la parole aux confrères qui ont bien voulu répondre à notre appel.

Le Dr Demirleau et un médecin anonyme d'Alençon déclarent que, dans tout le canton d'Alençon, la loi fonctionne très mal, excepté au chef-lieu, où les médecins reçoivent à l'année 2 francs pour une personne, 3 francs pour deux et 5 francs pour une famille de trois, quatre, cinq enfants. Les listes sont arrêtées au courant de l'année. Lorsque les indigents ont choisi leur médecin, on envoie à chacun de ceux-ci la liste de ses clients.

A Séez, nous dit M. Lelièvre, la loi fonctionne dans presque toutes les communes des environs.

Au Mesle-sur-Sarthe, d'après M. Ragot, la loi fonctionne dans 13 communes, ce qui est un beau résultat. Notre confrère ajoute : cette loi ne m'occasionne aucun ennui et très souvent, je suis heureux de constater qu'elle existe en voyant

des malades qui ne seraient pas en mesure de payer les visites.

Les appréciations de nos confrères de Gacé, *MM. Cronier, maire*, et Hennart, ne sont pas absolument concordantes.

Si, pour le premier, l'application de la loi est très incomplète, il espère que plus tard on fera mieux. M. Hennart, au contraire, s'insurge contre les manières dont les listes sont établies par les propriétaires qui ont une peur rouge d'augmenter leurs impôts en secourant leurs concitoyens. J'ai toujours trouvé, dit-il, les plus riches parmi les plus hostiles aux inscriptions.

On ne m'a jamais convoqué pour l'établissement de la liste des indigents, et pourtant c'est mon confrère qui est maire de Gacé.

Le Dr Hennart fait, entre temps, une charge à fond contre le tarif, en ce qui concerne la chirurgie ; si ce tarif est sujet à bien des critiques, dans son ensemble il ne manque pas d'équité.

Les médecins du canton de La Ferté-Fresnel se montrent assez satisfaits de la manière dont la loi fonctionne. Nos confrères, le Dr Bouteiller, conseiller général, et Gibory, maire de Villiers-en-Ouche, sont d'accord pour constater que dans toutes les communes du canton la loi est convenablement appliquée.

De Trun, un confrère nous écrit que, nouveau venu dans le pays, il a vu très peu de malades, mais que ses notes d'honoraires envoyées à la préfecture lui ont toujours été payées sans retard et sans retouche.

Le Dr Ackynasy, de Boucé, constate que sur les dix communes du canton d'Ecouché, la loi ne fonctionne que dans cinq, et que dans celles où le service n'est pas organisé *il ne vient pas à bout de se faire payer*.

Dans le canton du Merlerault, à Sainte-Gauburge, le Dr Forget se plaint que, *dans aucune commune de son rayon d'exercice, la loi ne fonctionne. Aucune liste n'est dressée, on se contente d'envoyer les malades avec un mot signé du maire au fur et à mesure qu'ils réclament l'assistance.*

Il n'existe aucune commission — *et les mémoires fournis ne sont jamais payés.*

A cette question, les maires respectent-ils la liberté inscrite dans la loi pour le malade, de choisir son médecin ?

M. Forget répond carrément *non*. Mais il n'entre dans aucun détail à ce sujet.

A Domfront, nous trouvons un médecin à la tête de la municipalité, c'est M. le Dr Barrabé. Il est absolument d'accord avec son confrère le Dr Levêque, conseiller général, pour avouer qu'en fait de loi sur l'assistance médicale, il n'en a jamais été question ni dans la ville de Domfront ni dans les autres communes du canton.

A qui la faute ?

Ajoutons qu'un troisième médecin est investi d'un mandat électoral. M. Cachet est conseiller d'arrondissement (1). *Combien le Dr Coulombe aura raison de dire, tout à l'heure que l'exécution de la loi dépend beaucoup de la libéralité des maires et de l'énergie des médecins.*

M. Le Comte nous dit que l'assistance ne fonctionne dans aucune des communes du canton d'Athis qui est pourtant représenté au Conseil général par le Dr Hamon.

D'après M. Le Comte, il n'existe rien non plus dans les communes du canton de Putanges qui sont limitrophes du canton d'Athis.

C'est tout ce que nous savons de ce canton de Putanges, *dont le chef-lieu a pour maire le Dr Prodhomme.*

A La Ferté-Macé, d'après M. Lory, la loi est appliquée dans cinq ou six communes, mais on n'inscrit les indigents qu'avec la plus grande parcimonie. Il y a même des indigents secourus par le bureau de bienfaisance qui ne figurent pas sur les listes. Les maires et les membres des commissions des indigents font les plus grands efforts pour entraver l'application de la loi. Dans les familles très nombreuses, on n'inscrit qu'un membre, tantôt c'est le père, tantôt c'est la mère, quelquefois un enfant, à l'exclusion de tous les autres.

M. Poulain, conseiller d'arrondissement de La Ferté-Macé, nous dit que la loi est appliquée a La Ferté-Macé et à La Sauvagère, où tout marche bien sous tous les rapports et que dans les onze autres communes il n'en est pas question.

Mais, d'après M. Guilmard, même à La Ferté-Macé, la liste des indigents ne comprend pas la *moitié* des assistés du bureau de bienfaisance.

Quelques maires, pour éviter les abus, mettent les indigents dans l'obligation de choisir leur médecin pour l'année entière, de cette façon, les indigents peu délicats ne vont pas sonner à la porte de tous les médecins à tour de rôle.

Pour le Dr Vauclin, de Tessé-la-Madeleine, dans le canton de Juvigny-sous-Andaine, tout marche à merveille. Les listes sont faites par le bureau de bienfaisance, notre confrère fait partie de la Commission.

En cas de maladie, le Maire délivre un bulletin, prévient le médecin, en l'invitant à donner au malade les *soins nécessaires* (laissés à l'appréciation du médecin).

L'exécution de la loi dépend beaucoup de la *libéralité* des maires et des conseils, beaucoup de l'*énergie* des médecins. Telle est la conviction de M. le Dr Coulombe, de Tinchebray, et il en fournit copieusement la preuve en nous mettant sous les yeux l'action persévérante qu'il n'a cessé d'exercer sur les maires, sur les commissions municipales, sur les confrères ses voisins. Soutenu dans sa lutte contre toutes les mauvaises volontés par la Sous-Préfecture et par M. le Préfet de l'Orne, deux fois, au conseil d'arrondissement de Domfront, il a fait émettre le vœu que la loi du 15 juillet 1893 fut mise d'office à exécution par l'administration préfectorale ; aussi le résultat auquel est arrivé notre vaillant confrère est-il des plus démonstratifs.

A Tinchebray, il y a 350 inscrits sur 4.500 habitants, car il est admis que toute personne inscrite au bureau de bienfaisance est couchée sur la liste d'assistance. On y inscrit les travailleurs qui le demandent, s'il est avéré que, tombant malades, ils n'auront pas de ressources. (Notre confrère ajoute que si cela marche si bien à Tinchebray, c'est que vers 1880, bien avant la loi, il a lutté contre le bureau de bienfaisance et *organisé la grève médicale*, l'administration coucha les pouces.)

Pour la confection des listes, notre confrère avait été éliminé de la commission par suite d'une circulaire préfectorale qui invoquait l'incompatibilité de cette fonction avec le mandat de conseiller d'arrondissement dont il était revêtu.

(1) Il vient même d'être élu député.

Mais aujourd'hui, cette loi sur les incompatibilités n'existant plus en ce qui concerne le médecin, grâce aux efforts de M. le Dr Labbé au Sénat, notre confrère de Tinchebray pourra de nouveau en faire partie et faire prévaloir le droit des pauvres à l'assistance médicale gratuite.

Le Dr Coulombe a mieux fait que de triompher de la mauvaise volonté des administrations, il a fait encore sortir de leur torpeur les confrères ses voisins. Les Drs Brionne à Chanu et Lalande à Saint-Pierre-d'Entremont ont satisfaction pour les communes de leur rayon, c'est avec l'aide de la préfecture et de la sous-préfecture de Domfront qu'ils sont arrivés à vaincre bien des résistances.

Après cela on se demande comment nos confrères de Domfront qui siègent au Conseil général, au Conseil d'arrondissement et au Conseil municipal ne sont arrivés à aucun résultat !

Messieurs, j'ai gardé pour la fin ce qui regarde plus spécialement notre Syndicat, c'est-à-dire l'arrondissement de Mortagne, c'est de ce côté que sont venues plus nombreuses les réponses des confrères.

A tout seigneur tout honneur. Notre sympathique président constate qu'à Mortagne, Saint-Langis, Saint-Mar-De-Réno, Courgeoust, Le Pin-la-Garenne, tout marche bien ou à peu près bien. A Mortagne, la liste est établie par les commissions du bureau de bienfaisance et de l'hospice réunies et nos confrères sont consultés pour son établissement définitif. Les feuilles restent toute l'année entre les mains du médecin, qui y inscrit ses différentes visites ou consultations.

Sans être sorcier, je soupçonne fortement le Dr Levassort d'être l'auteur de cet heureux résultat. S'il fait partie du Conseil municipal, il ne sacrifie pas les intérêts professionnels au caprice de ses électeurs.

Quelle différence avec Bellême, la ville-sœur. Là, rien n'existe en fait d'organisation pour l'assistance. Les quatre médecins font gratuitement le service des pauvres. Le bureau de bienfaisance, qui est riche, ne paie rien, ni visites, ni médicaments, ceux-ci sont fournis par l'hospice, l'accoucheuse seule est rétribuée de ses peines, mais de quelle façon ! Elle accepte 5 francs du bureau de bienfaisance, tandis quelle aurait droit au double d'après le tarif départemental ; quand elle s'absente, le médecin qui la remplace ne touche rien. Dans les cas graves où elle fait appel au médecin, elle est seule payée.

A quoi tient un tel état de choses que, dans une ville où résident quatre médecins, où le bureau de bienfaisance dispose d'un budget de 6.000 francs, on ne puisse rémunérer les médecins. Tout simplement à la mauvaise volonté du Conseil municipal dont M. Liégeard fait partie. Je lui avais remis, il y a quelques années, une réclamation à ce sujet, on lui a répondu par une fin de non recevoir.

Dans les communes environnantes : Serigny, Le Gué-de-la-Chaîne, Saint-Martin, Igé, La Chapelle-Vaudoise, Eperrais, Bellavilliers, Saint-Cyr, les quatre médecins de Bellême sont unanimes à admettre qu'elle existe.

A Tourouvre même, nous dit M. Smigielski, la loi est appliquée, mais nulle part ailleurs dans tout le reste du canton.

M. Decuyper dit qu'à Laigle les trois confrères y exerçant touchent 200 francs du bureau de bienfaisance pour le service des pauvres. Après cela, il prétend que les visites sont gratuites, donc, dit-il, la loi n'est pas appliquée.

Elle est appliquée, mon cher confrère ; qu'elle le soit mal, c'est probable, à qui la faute ?

Vous prétendez que c'est celle du Syndicat qui ne fait rien de ce qu'il peut pour y remédier, et vous en prenez prétexte pour railler son initiative. Je serais heureux, dites-vous, d'applaudir à son succès en cette circonstance et à m'enrôler à nouveau sous sa bannière (pourquoi alors avoir déserté le combat ?) ; mais, jusqu'ici, je n'ai pas eu la satisfaction de constater un *réel service rendu.* Qu'appelez-vous un service rendu ? Quand vous en faisiez partie à vos débuts à Laigle, le Syndicat vous a appuyé de ses conseils et de son influence dans les difficultés que vous aviez eues avec un client de mauvaise foi et, parce qu'il n'approuvait pas certaines de vos interprétations déontologiques, vous nous avez quittés et vous nous dites que tout, chez nous, se passe en projet et en rapport, et que, de tous ces conciliabules, il ne sort que de la fumée.

M. Leroux, de Crulai, nous dit que sur quatorze communes la loi reçoit son application dans neuf.

M. Larigaudry, de Nocé, et M. Mahé, de Rémalard, constatent que le service fonctionne au chef-lieu de canton et dans deux ou trois communes voisines. Ces messieurs, comme tous nos confrères, n'ont jamais vu de liste d'indigents. Ils réclament, avec raison, que ces listes, si elles sont faites par les municipalités, soient envoyées aux médecins les plus rapprochés de leurs communes. M. Larigaudry a déjà réclamé auprès de M. le Préfet, qui lui a fait une réponse favorable.

A Longny, le Dr Boulay paraît encore plus satisfait, la somme votée pour les honoraires des médecins et les médicaments n'est jamais dépensée.

Il est vrai que notre confrère est philosophe, car, à propos de paiement d'honoraires, il nous dit : « *Je prends ce qu'on me donne* ».

A Moulins-la-Marche, quatre communes sur dix-sept voient fonctionner la loi ; c'est M. Garnier qui nous le dit, car M. Pinoche, arrivé trop récemment, ne peut nous renseigner.

M. Aury ne croit pas que la loi soit appliquée ailleurs qu'à Saint-Martin-d'Aspres, sa propre résidence. *Du reste, ce n'est pas les honoraires qui lui permettront de vivre, car il n'a jamais rien touché, n'ayant jamais rien demandé.*

Au Theil et à Ceton, d'après MM. Soyer et Guillaume, la politique engendrerait comme partout les pires malheurs. Cependant la loi fonctionne à Ceton, à Masle, au Theil, à La Rouge, à Saint-Hilaire et à Saint-Germain-de-la-Coudre, grâce à une accalmie. A Ceton, d'après M. Guillaume, la confection de la liste est une affaire purement politique et non médicale.

M. Blondeau, de Mamers, nous assure que la loi fonctionne à Origny-le-Roux, Saint-Fulgent et Chemilly, du canton de Bellême, et à Suré et La Perrière, du canton de Pervenchères.

J'ai tâché de résumer aussi succinctement et aussi fidèlement que possible les réponses faites à notre questionnaire. De cette revue nous pouvons conclure :

1° Que la loi fonctionne très imparfaitement dans le département de l'Orne, que, sur 511 communes, dans 129 seulement elle est appliquée ;

2° *Que c'est le plus souvent par la faute des maires et des conseils municipaux, surtout lorsque ceux-ci sont des médecins ;*

3° *Que les médecins doivent, dans bien des cas, se reconnaître coupables de la non application de la loi ;*

4° Que l'administration préfectorale a toujours été favorable à nos revendications, qu'elle ne ne demande qu'à nous aider si nous voulons bien nous aider nous-mêmes.

L'immense majorité des confrères reconnaît que pour le paiement de leurs honoraires ils n'éprouvent aucune difficulté.

M. Aury prétend qu'à la préfecture on sait bien trier les mémoires et écarter ceux des confrères qui ne sont pas dans les bonnes grâces de l'administration.

MM. Bouteiller et Levassort, membres de la commission d'examen des mémoires, protestent que cela ne s'est jamais fait.

Pour ces motifs, le Syndicat estime qu'il y a lieu de prier M. le Préfet :

1° D'agir auprès des maires pour leur rappeler leurs obligations d'après la loi ;

2° D'envoyer dans toutes les mairies, sans attendre qu'on les demande, une certaine provision de feuilles de maladie afin que les maires ne puissent plus répondre qu'ils en manquent ;

3° De veiller à ce que la liste soit affichée à la porte de la mairie,ce qui ne s'est jamais fait ;

4° D'exiger que copies de ces listes soient envoyées à chacun des médecins dont le domicile est le plus rapproché des communes ;

5° De réclamer communication des listes du bureau de bienfaisance pour les comparer à celles des indigents.

Ensuite la discussion s'engage sur cette question :

Des confrères se plaignent de la paperasserie énorme exigée du médecin pour établir ses mémoires.

Le Président explique que cette paperasserie dont on se plaint se réduit à la conservation d'une feuille de maladie où, pour chaque malade, sont inscrites les visites et les consultations : que la préfecture ne demande que deux états qui ne doivent contenir que les noms des malades, leur distance kilométrique, le nombre et le prix des visites qui leur ont été faites.

Que pour ceux dont on a pas eu de feuilles il suffit d'envoyer l'état demandé.

Au point de vue financier, M. Mortagne prétend que la loi ne pourrait plus fonctionner si tous ceux qui sont appelés à en bénéficier y avaient habituellement recours. Nos finances n'y pourraient pas suffire,

Il y a donc lieu de pousser les ouvriers à fonder ou à entrer dans des sociétés de secours mutuels qui, moyennant une modeste cotisation, leur permette de se faire soigner quand ils sont malades, de recevoir une indemnité journalière en attendant le retour à la santé et la reprise du travail.

Tous les membres présents applaudissent à ces sages paroles.

N. D. L. R. Peut-on trouver meilleur document pour établir de la façon la plus évidente que, si les médecins sont lésés, ils n'ont le plus souvent à s'en prendre qu'à eux-mêmes ? Qu'ils soient assez naïfs et assez peu délicats ceux qui conquièrent les suffrages des électeurs avec leur argent et surtout avec celui de leurs confrères ! C'est à ce prix-là qu'il faut obtenir les mandats de maire, de conseiller général, de député ? Mais on veut donc les déconsidérer en se déconsidérant soi-même.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous apprenons que les confrères dont les noms suivent viennent d'être inscrits sur la liste de concours pour la Légion d'honneur à titre de médecins de la réserve ou de la territoriale.

Pour officiers :

Vigenaud, médecin principal 2e cl., 13e corps ; Demmier, Paris ; Martaud, pharm.-maj., 1re cl. 13e corps ; Dumas, médec.-maj. 2e cl., 13e corps ; Labrousse, médec.-maj. 1re cl., 12e corps ; Mazellier, méd. princip. 2e classe ; Doubre, 3e classe ; Potheau, médec.-maj. 1re cl., 8e corps ; Rédard, de Paris.

Pour chevaliers :

Lourties, médec.-maj. 1re cl., 18e corps; Speiser, pharmac. major. 2e cl., 19e ; Marcailhou, méd. maj. 2e cl., 19e ; Hintzy, 1re cl., 4e ; Rouby, 2e cl., 7e corps ; Trepant. méd, aide maj. 1re cl., 2e ; Rousselet, pharmacien major, Tunisie ; Cabasse, médec.-maj. 2e cl., 6e corps.

Verdier, aide-major 2e classe, 17e corps ; Deffaux, médecin major 2e classe, 5e ; Dupau, 17e ; Bilhaut, 2e ; Bouchard. médecin major, 1re classe, 4e corps ; De Fourmestraux, médecin major, 2e classe, Paris ; Chautemps, Paris ; Timal, 1er corps ; Meslier, médecin aide-major de 1re classe, 2e ; Treille, médecin major de 2e classe, 12e ; Petit, 2e ; Balzer, 7e ; Laffite, médecin major, de 1re classe, 18e ; Livon. 15e ; Aubeau, médecin major 2e classe, 5e ; Buber, médecin major, 1re classe, 2e ; Saint-Ange, 17e ; Bénard, médecin major, 2e classe, Paris ; Raymondeaud, 12e corps ; Chambrelent, 18e ; Walther, 5e ; Legendre, médecin major, 1re classe, 7e ; Augagneur, 15e ; Lagrange, 18e ; Régis, 18e ; Variot, 18e ; Schemitt, 20e.

En adressant à tous nos cordiales félicitations pour ces récompenses, nous avons le grand regret de constater que l'une d'elles arrive trop tard, puisqu'elle est destinée à ce pauvre Dr de Fourmestreaux qui vient de nous être si prématurément ravi.

Autres distinctions honorifiques.— Nous lisons dans le *Bulletin médical*, sous la rubrique : Société médicale des Hôpitaux.

« M. Le Gendre a été élu, à l'unanimité, secrétaire général de la Société, en remplacement du regretté Rendu. Presque tous les membres de la Société avaient tenu à assister à la séance pour prendre part à ce vote, qui fait grand honneur à l'élu, s'il lui impose une lourde charge. »

Nous saisissons, nous, cette occasion d'adresser à l'ami fidèle et dévoué du *Concours médical* de cordiales félicitations pour l'hommage qui vient d'être ainssi adressé à son talent, à sa valeur et à son caractère.

Les médecins dans la nouvelle Chambre. — La nouvelle Chambre comptera cinquante-trois médecins qui sont : MM. Herbet, Delarue, Gacon, Lachaud, Clament, Pourteyron, Borne, Isambard, David (Indre), Vazeille, Rey, Turigny, Defontaine, Barrois, Chambige, Dasque, de Lanessan, Simyan, Empereur, Chautemps, Delbet, Bourgeois (Vendée), Boutard, Sarrazin, Dron, Baudon, Dubois, Merlou, Thivrier, Marot, Michel, Sabaterie, Vacherie, Aubry, Clément, Rouby, Sireyjol, Dèche, Bichon, Cachet, Cazeneuve, Meslier, Loque, Dubuisson, Cazauvielh, Vigné, Devins, Chapuis, Dubief, Levraud, Vaillant, Amodru, de Mahy.

La pharmacie, elle, a huit députés : MM. Astier,

Bachimont, Chamerlat, Delmas, Morel, Villejean, Féron et Dussuel.

Faculté et hôpitaux.

Le concours pour la nomination de deux chirurgiens des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Ombrédanne et Robineau.

Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. Epreuve clinique. Ont passé : MM. Didsbury 13 ; Gellé 13 ; Courtade 18 1/2 ; Lombard 20 ; Tissier 14. Sont admissibles dans l'ordre suivant : MM. Lombard, Courtade, Gellé, Tissier, Didsbury.

Concours pour une place de dentiste-adjoint des hôpitaux. Séance du 21 mai. Epreuve théorique : *De l'arthrite alvéolaire infectieuse*. MM. Caldepont 18, Lebedinsky 15 ; Gines 15 ; Robin 19; Nogué 18 ; Absent : M. Page.

Un concours est ouvert, en 1902, entre les internes titulaires et provisoires en médecine, pour l'attribution du prix de 1.000 francs fondé par M. Civiale en faveur de l'élève qui aura présenté le meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

L'Hospitalisation des Ouvriers victimes d'accidents.— Dans son fascicule d'octobre, le *Recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Inférieure* contient une circulaire de M. Mastier aux sous-préfets, maires et présidents des Commissions administratives des établissements hospitaliers, au sujet de l'hospitalisation des ouvriers victimes d'accidents du travail.

Dans cette circulaire, l'honorable préfet de la Seine-Inférieure rappelle que si la loi du 9 avril 1898 ne contient pas de dispositions absolument précises à ce sujet, néanmoins l'article 4 donne lieu de conclure que le tarif de l'assistance médicale gratuite doit être appliqué en ce qui concerne l'assistance hospitalière.

Les hôpitaux ne doivent pas chercher une source de profits dans l'hospitalisation des ouvriers blessés, mais elle ne doit pas constituer non plus une charge que supporterait le patrimoine des pauvres.

Et c'est le patron — ou la Compagnie d'assurance — qui doit payer intégralement le prix de journée des ouvriers hospitalisés.

Cela résulte, dit la circulaire préfectorale, de la jurisprudence des juges de paix, seuls compétents pour trancher la question (n'en déplaise au tribunal civil de Rouen).

Puis, M. Mastier ajoute :

Le texte adopté par la Chambre des Députés, dans la séance du 23 mai, tranche la question dans ce sens : il dispose que le « chef d'entreprise est tenu, dans tous les cas, à la *totalité des frais d'hospitalisation* ».

Quand ce texte sera définitif, il ne pourra plus subsister de doute. En attendant et afin de prévenir toute difficulté, j'estime que les administrations hospitalières agiraient prudemment, lorsqu'il s'agit d'admettre un ouvrier victime d'accident du travail, en faisant constater, au moyen d'un certificat médical émané du médecin qui a donné les premiers secours, ou bien, à défaut, du médecin de l'hôpital, que l'hospitalisation s'impose à raison, soit de la nature de la blessure et des soins qu'exige le traitement, soit des mauvaises conditions d'installation personnelle de la victime, ayant pour conséquence l'impossibilité de la soigner utilement à domicile.

Ce certificat, analogue aux certificats médicaux prévus par l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893 pour les malades du service de l'Assistance médicale gratuite qui doivent être hospitalisés, fournira une base solide aux réclamations que l'hôpital ou le service départemental d'assistance médicale, si ce service a désintéressé l'établissement hospitalier et s'est substitué à lui, pourrait avoir ensuite à exercer contre le patron ; en effet, si l'hospitalisation est la condition nécessaire des soins médicaux, on ne comprendrait pas que l'obligation d'assurer ces soins n'entraînât pas celle de pourvoir à l'hospitalisation.

Cette mesure se justifie par une autre considération qui, celle-là, subsistera même lorsque le texte voté par la Chambre des Députés le 23 mai, et rappelé ci-dessus, aura acquis force légale. C'est que l'hôpital doit être réservé à ceux qui ne peuvent être soignés convenablement ailleurs, et que laisser occuper des lits par des ouvriers blessés dont le traitement pourrait, sans danger, être suivi ailleurs, ce serait risquer de priver des malheureux des soins hospitaliers que réclame leur état. On a fait observer aussi que ce serait soustraire aux médecins de ville une clientèle payante, et il convient que les administrations hospitalières se tiennent en garde contre ce que ce reproche pourrait avoir de fondé.

J'appelle toute votre attention sur les dispositions qui précèdent, et vous prie de vouloir bien vous y conformer strictement.

(*Revue médicale de Normandie*).

Dédié à la Ligue de prophylaxie sanitaire. — Ceci est extrait du procès-verbal d'une séance de la Société d'hygiène pratique de Rouen (25 mars 1902).

« M. Nicolle expose les demandes que M. Percepied et lui-même ont faites, sur l'initiative de la Société, en vue de l'affichage dans les urinoirs publics, d'avis antivénériens. On se souvient que c'était là une des mesures proposées par MM. Nicolle et Derocque dans leur communication : *Sur l'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes.* La Société autorise MM. Percepied et Nicole à traiter avec l'Agence nationale aux conditions demandées par elle : un traité de deux ans comportant la location d'une surface égale à une affiche d'un quart colombier dans cent urinoirs publics, sera signée par eux au nom de la Société.

« M. Nicolle propose un projet d'affiche, dont le texte est adopté après quelques modifications apportées par les membres présents. « Ce projet est le suivant :

« *Les Maladies vénériennes sont des maladies très graves :*

Pour celui qui en est atteint, car elles compromettent sa santé, son intelligence et souvent sa vie. — Elles frappent tous les organes.

Pour les femmes, parce qu'elles sont extrêmement contagieuses.

La plus grande partie des maladies des femmes leur sont communiquées par l'homme incomplètement guéri.

Pour la famille. La syphilis est héréditaire. — Les enfants d'un syphilitique qui ne se soigne pas naissent souvent malades, chétifs, difformes ou idiots.

Il est de l'intérêt de celui qui est sain de l'éviter.

Il est du devoir de tout honnête homme qui en est atteint :

De ne pas communiquer sa maladie aux autres.

De se bien soigner.

Dès le début d'une maladie vénérienne, si bénigne qu'elle paraisse, *on doit consulter son médecin.* — Les médecins, seuls, connaissent les maladies vénériennes ; seuls, ils sauront prescrire le traitement qui amènera la guérison. »

Les médecins du Conseil municipal de Paris et des autres grandes villes de France ne s'empresseront-ils pas de faire campagne pour une mesure analogue ?

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Getten, de Pouillon (Landes), membre du « Concours Médical » et du *Sou Médical* dont il fut l'un des premiers obligés dans une importante affaire.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 23 7 JUIN 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

La souscription pour les victimes médicales de la catastrophe de la Martinique.

Nous tenons à rappeler aux souscripteurs : 1° que les fonds seront conservés par nous d'abord pendant la souscription ; 2° que leur destination spéciale nous interdit de les verser à la masse commune représentée par la souscription nationale ; 3° que nous nous en dessaisirons seulement en faveur du comité spécial qui s'est constitué pour en régler l'emploi, et dans lequel figurent déjà les noms de MM. Laborde, Le Dentu, Pichevin, Ducor, Du Castel, Bouilly, Porak.

La publication des noms au journal équivaudra à un accusé de réception.

MM. les docteurs :

Le Gendre, de Paris	10 frans.
Mougin, de Vitry-le-François	5 »
Goudaubert, de Montsauche	10 »
Charier, de Thouars	5 »
Rouvier, de Voiron	5 »
C....., de O	5 »
Grabinski, de Neuville-sur-Saône	5 »
Total de la 2e liste	45 »
Report de la 1re liste	720 »
Total général	765 »

PROPOS DU JOUR

Le Sou médical

Le développement de cette œuvre, née il y a quatre ans, suit une progression si rapide que nous sommes, sans cesse, conduits à évoluer dans son mode de fonctionnement pour permettre au Conseil de réaliser l'activité nécessaire.

Nous n'avions d'abord que des réunions trimestrielles du Bureau : dans l'intervalle, le secrétaire général, aidé du Conseil judiciaire, assurait l'instruction et la marche des affaires.

Au commencement de l'année dernière, il a fallu arriver à réunir tous les jeudis le Président, un vice-président, le secrétaire général, le conseil judiciaire, en formant ainsi une commission permanente.

Et, cette année, nous voilà obligés d'assurer une réunion du Conseil chaque troisième jeudi du mois, de doubler le secrétaire-général d'un collaborateur aussi actif et préparé que lui-même, de nous adjoindre un membre des plus laborieux.

Le procès-verbal ci-dessous, qui rend compte de nos travaux pour la période comprise entre le 27 mars et le 15 mai (un mois et demi), justifie amplement ces déterminations provisoires que nous demanderons à l'Assemblée générale d'approuver.

Nous voudrions surtout que nos lecteurs y vissent la démonstration irréfutable des incessants services, que le Sou médical rend à ses sociétaires.

Que ne ferait-il pas si nous étions 4 ou 5000

dans ses rangs, aidés comme nous le sommes aujourd'hui par l'attitude sympathique de toutes les autres Sociétés de défense professionnelle ?

Le Bureau du Sou Médical.

Procès-verbal de la réunion du 15 mai 1902

A deux heures et demie, M. le Dr Maurat, président, ouvre la séance.

Sont présents : MM. Lepage, Henri Cézilly, Gassot, De Grissac, Jeanne ; Me Gatineau, avocat conseil.

Excusés : MM. Le Gendre et Rousseau.

Suivant l'usage, sur la demande du Président, M. le Dr Gassot, trésorier, donne la liste des candidats qui, ayant effectué le versement de leur première cotisation, peuvent être admis après vote favorable du Conseil.

Nouveaux membres

776. Dr Coumailleau, Sens (Yonne).
777. Dr Simon, Ouroucr-les-Bourdelins (Cher).
778. Dr Annequit, Esnaudet (Charente-Inférieure).
779. Dr Cherot, Flers (Orne).
780. Dr Guénot, La Roche-en-Brénil (Côte-d'Or).
781. Dr Bonjour, Mont-Saint-Sulpice (Yonne)
782. Dr Diverneresse, Saint-Mandé (Seine).
783. Dr Gruzu, Nice (Alpes-Maritimes).
784. Dr Gapin, Paris, 17, Boulevard Haussmann.
785. Dr Brugueirolle, Saint-Jean-en-Royans (Drôme).
786. Dr Gennatas, Le Kef (Tunisie).
787. Dr Duclos, Fontenay-le-Comte (Vendée).
788. Dr Briand, Dôle (Jura).
789. Dr Mulette, Pont-Sainte-Maxence (Oise).
790. Dr Monnamy, Saint-Maurice-de-Piousal (Puy-de-Dôme).
791. Dr Chatelain, Deuxin (Nord).
792. Dr Caudé, Le Lude (Sarthe).
793. Dr Tanche, Arnebouts-Cappel (Nord).
794. Dr Dubois, Blois (Loir-et-Cher).
795. Dr Croisier, Blois (Loir-et-Cher).
796. Dr Roblot, Paris, 158, Faubourg-Saint-Martin.
797. Dr Sénéchal, Marseille, 248, boulevard Chave.

Le Président donne ensuite la parole à M. le Dr Jeanne pour la revue des actes de la Société depuis la dernière réunion.

Rapport du secrétaire général.

Messieurs, le flot des demandes d'intervention monte, monte, si bien que vous allez m'entendre, dès le début de mon rapport, entrer dans des aveux : je suis débordé, quoique la bonne volonté de Me Gatineau aille jusqu'à me suppléer dans ma tâche de correspondance ; j'ai même commis récemment deux retards et un oubli qui ont pu être réparés, mais auxquels il ne faut plus exposer nos sociétaires, parce que, quand ils nous appellent à leur secours, ils sont inquiets, impatients, et parfois ne nous pardonnent pas une petite négligence, quoiqu'ils ne soient pas eux-mêmes à l'abri de tout reproche de ce côté.

Ceci dit, je passerai très vite sur l'exposé des petites questions, et m'arrêterai surtout sur celles que la Commission permanente renvoie à votre appréciation.

M. le Dr A.., de B., a été appelé devant le tribunal civil, d'abord, puis devant la cour d'appel, par un blessé victime du travail qui lui reprochait le résultat incomplet du traitement d'une fracture de l'avant-bras. Le tribunal l'avait mis hors de cause : la Cour d'appel s'est prononcée dans le même sens, seulement elle a jugé nécessaire, pour s'éclairer sur d'autres points qui lui sont soumis, de provoquer une expertise. Nous avons publié récemment le rapport des trois experts : nous n'en retenons aujourd'hui que cette conclusion qu'il met notre sociétaire à l'abri de tout reproche et fait préjuger favorablement de la deuxième sentence que rendra bientôt la Cour sur la question de responsabilité.

FEUILLETON

Naturistes et médecins

Il existe une école littéraire, peu connue encore, et qui mérite d'attirer l'attention des médecins de nos campagnes, des autres aussi, quoique à un degré moindre, puisque les diversions ne leur manquent pas.

Il s'agit de ces amis de la nature, qui s'intéressent aux choses les plus infimes de la création et prêtent une sorte de sensibilité, sensibilité obtuse et fort restreinte bien entendu, même aux objets les plus inertes, végétaux ou minéraux. Ils songent avec pitié aux rochers, impassibles en apparence, et qui souffrent cependant, à leur façon, des étés trop cuisants ou des hivers trop implacables.

Ils établissent volontiers un parallèle entre le vieux tronc vermoulu, rongé par les parasites, qui s'effrite douloureusement sous l'action de ces agents de ruine, au milieu de l'indifférence générale, et ce paysan ratatiné de *La Terre* devenu un paria pour ses enfants, le jour où, après avoir perdu sa vigueur, il leur a légué son bien.

Un des protagonistes de cette thèse s'est attendri sur un caillou qui se chauffait au soleil, avec une satisfaction évidente. Il ne veut pas qu'on dérange ce frileux que le destin, représenté par le sabot d'un passant, n'a déplacé que pour satisfaire une curiosité légitime ou une ambition louable, par exemple le désir de faire partie d'un syndicat, sous forme de mur, dans un endroit où il sera à l'abri des intempéries et pourra assister de plus près à la comédie humaine.

Un autre écrivain a publié l'odyssée du chêne qui servit à édifier une armoire familiale. Les plaintes du bois qui travaille sont comme des sanglots ; elles expriment le regret de la forêt natale, de la patrie absente, du vent du large qui soufflait dans sa ramure, du chant matinal qui égayait ses suprêmes frondaisons.

Les invalides du chêne ne sont pourtant pas à dédaigner ; il a été respecté et adopté par plusieurs générations ; à défaut des essences d'autrefois, il est tout imprégné des émanations culinaires du logis ; ses fibres laissent dégager une vague odeur de fruits, de confitures, des pâtisseries préférées par les enfants gourmands et de toutes les surprises des jours de liesse, élaborées avec tant de mystères par une aïeule vénérée. L'âme si bonne de cette dernière semble, à son tour, revivre en partie dans ce meuble modeste, aux relents surannés. C'est même une consolation pour ceux qui ont survécu de penser que quelque chose des êtres qui nous furent si attachés s'agite encore dans l'air qu'ils respirent et que la séparation n'a pas été totale !

Un dernier trait, qui ne manquera pas d'éveiller le sourire, est celui de cette vieille fille, aux tendresses sans objet, qui avait fini par s'intéresser

M. le Dr B., de T., M. le Dr J., de M. et Madame S., de N.-s-B., veuve d'un sociétaire récemment décédé, nous remercient des démarches faites en leur faveur près de l'Association Générale qui leur a donné satisfaction.

M. le Dr B., d'A., M. le Dr B., de Cannes, ont soumis à notre arbitrage accepté d'avance par les deux parties des notes d'honoraires contestées. L'une était juste et nous n'avons eu qu'à l'approuver presqu'entièrement, mais la seconde était vraiment trop élevée pour trouver grâce devant le débiteur, une compagnie d'assurances, et surtout devant les tribunaux. Dans les deux cas, nos chiffres ont été acceptés : ils résultaient de notre tarif.

A M. le Dr B., de R. et à M. le Dr P., de N.-l.-G., nous avons continué de donner nos avis sur la procédure en recouvrement d'honoraires engagée devant le tribunal civil de P.

M. le Dr B., de Paris, a reçu une consultation de Me Gatineau sur un litige de même nature que les deux précédents. Il en est de même de M. le Dr Ch., de F., qui poursuit aujourd'hui son client pour une note, que nous avons expertisée et dont nous avons reconnu la modération, évidente même pour les juges.

M. le Dr C., de A., nous a demandé comment se porter partie civile comme victime de l'escroquerie d'un agent d'assurances poursuivi par le Parquet. Notre Conseil judiciaire lui a fourni aussitôt tous renseignements nécessaires.

Nous avions donné aussi à M. le Dr C., de E., des indications pour recouvrer judiciairement des honoraires communs de traitant et de consultant. Mais notre confrère ayant pu se convaincre depuis de l'insolvabilité du client et de l'impossibilité d'atteindre le patron, qui s'était fendu.. d'une promesse verbale, l'affaire a dû être abandonnée.

M. le Dr C., de L.-L., était en vertu d'un forfait global, payable annuellement, le médecin d'une usine qui vient de faire faillite. Les deux dernières années d'honoraires ne lui étant pas versées, notre confrère réclamait le privilège pour la créance. A notre grand regret, M. Gatineau, dans sa consultation, a été forcé de détruire l'illusion de notre sociétaire. Retenons en passant cet inconvénient du forfait, si naïvement recherché par quelques-uns des nôtres.

Nous sommes dans l'attente des décisions judiciaires au sujet des affaires de Dr D. à N. ; Dr D., à V. ; Dr L., de J. ; Dr P., de B. ; Dr R., de L. F., Dr K. de M. ; Dr S., de G. ; Dr V. de N. ; et Dr V., de P.

De nouvelles démarches ont été faites au Ministère de l'Intérieur et au Ministère de la Guerre en faveur de M. le Dr D., de S., par notre collègue H. Cézilly. Il en résulte 1° que satisfaction sera donnée pour la première réclamation par le Préfet, qui va organiser prochainement l'assistance médicale dans le département ; 2° pour le service du détachement de chasseurs alpins, il sera, comme partout, confié à un étudiant remplissant les conditions de scolarité requises.

Nous venons de gagner devant un juge de paix de la banlieue un procès engagé par M. le Dr D., de St.-M. d'après nos indications. *(Vu l'importance du point de jurisprudence débattu en cette affaire, le Conseil décide d'accorder l'appui pécuniaire à* M. le Dr D.)

(Inversement, il charge le secrétaire général de répondre à M. le Dr D. de St.-V.-l'A. qu'à la seule lecture des procès-verbaux précédents, il se convaincra qu'il ne pouvait être pécuniairement aidé dans le recouvrement d'une note, qui était absolument quelconque.)

M. le Dr D., de F.-l. C., a demandé un avis déontologique et aussi un conseil juridique au sujet de l'attitude de son prédécesseur en clientèle, qui exécute peu ou mal certaines clauses de

---

aux vases qui ornaient sa cheminée : « Ce sont deux frères, deux jumeaux, pensait-elle ; cette méchante pendule les empêche de se voir et de s'embrasser » et, pour les consoler de ce continuel éloignement, elle les rapprochait, leur facilitant les moyens de se faire caresses et confidences. Il lui semblait, qu'à ce contact, leur pâte tendre ne manquait jamais de s'animer et de s'échauffer.

Tout cela peut paraître bien cherché, bien subtil, bien ridicule même ; c'est au moins original et vraiment imprévu.

Je sais bien ce qu'on va me dire, que la bienveillance de la vestale, enrôlée contre son gré dans la confrérie de Sainte-Catherine, aurait pu s'exercer de façon plus méritoire, en faveur de la veuve et de l'orphelin, ou de quelqu'un de ces pauvres diables, qui traînent si péniblement leur boulet.

Je n'y contredirai certes pas ; mais enfin la tolérance de la maturité m'a appris à respecter jusqu'aux toquades de mes contemporains, surtout lorsqu'elles ne sont nuisibles à personne, ce qui est bien le cas.

Je dirai plus, cette sensibilité extrême peut inciter ses adeptes à plus noble effort, à une générosité de meilleur aloi. C'est l'histoire du charretier, que la Société protectrice des animaux empêche d'être brutal pour ses bêtes et qui, par contre-coup, est ensuite moins grossier, moins violent dans son intérieur.

Celui qui s'intéresse aux infiniment petits, aux êtres ou aux choses qui représentent les parias de notre planète, ne saurait être méchant pour ses semblables. Ses tendances, sa mentalité, le prédisposent évidemment aux élans du cœur et aux sacrifices de l'altruisme.

En fût-il tout autrement, je ne vois qu'avantages pour nos confrères ruraux à s'intéresser à ce qui les entoure, à animer le paysage qu'ils ne cessent de parcourir. C'est bien insipide d'enjamber les distances, de monter et de descendre, durant toute une existence, si aucune distraction ne vient interrompre l'engourdissante monotomie du chemin, si on ne le jalonne pas par des haltes et des oasis, où à toute heure un peu de joie fleurit et rayonne.

Tout sourit au contraire et prend une tournure spéciale pour le sage qui a su se familiariser avec les témoins de sa vie prosaïque, en faire presque des compagnons et des confidents. La borne où il s'est reposé cesse de lui être indifférente : les arbres qu'il a vu grandir le récompensent par leur ombrage de ses inquiétudes passées, au sujet de leur croissance ; lorsqu'ils agitent leurs branches à son passage, c'est comme un salut bienveillant qu'ils lui adressent. Les ruminants eux-mêmes relèvent la tête au bruit de la voiture doctorale, tandis que les gardiens vigilants de la ferme cessent d'aboyer.

Ces petits riens font chaud au cœur ; on sent qu'on ne provoque aucune inquiétude sur ses pas et qu'on ne marche pas dans l'inconnu.

Comme confirmation de ces prémisses, je me con-

leur traité de cession ; nous avons répondu à sa double demande.

En réponse à une sollicitation de M. le Dr D., de C., nous allons rechercher le moyen d'en appeler auprès d'une municipalité nouvelle d'une décision vexatoire prise par celle qui l'a précédée.

M. le Dr Lepage s'est chargé d'une démarche auprès de qui de droit pour obtenir un acte d'équité envers M. E., de T., qui le mérite à tous égards.

Sur avis favorable de notre conseil judiciaire, nous avons autorisé M. le Dr Ch... de B., à poursuivre en justice de paix un recouvrement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un blessé payant.

A la réunion prochaine, si nous avons reçu les documents récemment demandés à M. le Dr G..., de M., nous demanderons au Conseil de se prononcer sur l'utilité de pousser ce dernier à se pourvoir contre un arrêt défavorable du tribunal de L.-R.-s. Y. en la même matière.

Nous avons dû renvoyer à leurs Syndicats MM. G.., de N.., et R., de M., au sujet de réclamations concernant des questions locales d'assistance (suppression et modification de circonscriptions). L'un de ces confrères, s'abusant sur nos pouvoirs, voulait nous faire adresser au Préfet une mise en demeure formelle ; il oubliait que, sur cette matière, le Ministre lui-même ne s'en reconnaît pas le droit, parce que le département est à peu près seul compétent.

Notre Conseil judiciaire a demandé des renseignements supplémentaires à MM. les Drs G.., de V.; B. de C.; S., de B.; P., de M.; R., de M.; S. B. de P.-d'O, afin de nous mettre en mesure de dire dans une séance prochaine comment nous pouvons venir en aide à ces confrères. Votre Secrétaire a fait de même près de M. le Dr C. de C.-en-V., et de M. le Dr V. de Ch.

Nous avons fait connaître à Mme Veuve R. de N, et à M. le Dr T. de M.-en-L. l'impossibilité de les assister en appel à cause de la quasi-certitude d'un insuccès ; en même temps, nous avons réclamé la note des déboursés.

Consultations et avis divers ont été envoyés à M. le Dr M. de Lyon, à M. le Dr M. de St B-d-S; puis à M. le Dr P.. sénateur, qui réclamait notre assistance pour la veuve d'un médecin étranger à toute Société ; à M. le Dr M. de B-l G. pour la cession de sa clientèle d'après contrat par nous dressé ; à M. le Dr P., de D. qui se voit chicaner ses honoraires par un huissier, dont il a soigné un parent: à M. le Dr R., de V. appelé en dommages-intérêts par un adjoint qui l'assistait dans la direction de son établissement, à M. le Dr J. S. qui se croit menacé d'une action du même genre par son cocher blessé en service.

En matière de prescription de nos honoraires, prenant prétexte de nombreuses demandes, dont les dernières émanaient de MM. R..., de A, et R.., de H.. Me Gatineau a bien voulu nous donner une étude d'ensemble que le journal a publiée aussitôt et qui a été reproduite, pour le grand bien de tous, par bon nombre d'organes de la presse médicale.

Comme d'ordinaire, il est arrivé que de simples lettres du Secrétaire général communiquées à des clients récalcitrants les ont amenés aussitôt à résipiscence; de même qu'une démarche de M. H. Cézilly au siège social de telle Compagnie d'assurances provoquait l'envoi immédiat du mandat réclamé jusque-là sans succès. La lettre ci-contre rappelle un fait de ce genre.

Mon cher confrère,

Mon avoué a informé, dès réception de votre aimable offre d'appui, le conseil de mon client de l'existence du *Sou médical*, de son but, de sa situation financière, etc.

Immédiatement, le client médusé par la crainte du Seigneur a été pris d'un commencement de sagesse et a réglé mes honoraires. Un de ses voisins venu pour me consulter quelques jours après, me conta que

---

tenterai d'évoquer le malaise qui s'empare de la plupart de nos aînés, à tous les changements qui surviennent autour d'eux, soit dans la contexture ou le tournant de certains sentiers, soit dans la disparition des noyers familiers qui leur servaient de point de ralliement, qui étaient plus ou moins liés aux minces évènements de leur carrière.

Il semble qu'on leur enlève quelque chose, qu'on les sépare d'amis d'enfance, lorsque la hache impitoyable vient accomplir son œuvre.

L'influence des choses sur nos nerfs est incontestable ; il y a des murs rébarbatifs, à l'exemple de ceux qui s'abritent derrière, de même qu'il y a des clôtures surmontées de fleurs et d'arbres fruitiers, qui restent fort avenantes. Il y a des mobiliers et des maisons qui attirent et retiennent, des fenêtres qui représentent des regards bienveillants, tandis que d'autres demeures paraissent nous dévisager de façon hostile ; on n'a nulle envie d'y entrer ou d'y séjourner.

Je n'ai exercé que durant une année dans mon pays natal, mais, dès le premier mois, j'eus mes villages et mes sites de prédilection. Certaines cloches, probablement en ton mineur, m'attristaient ; les envolées sonores de quelques autres n'évoquaient au contraire que des idées riantes, des visions de baptême ou d'hyménée. Divers points de mes courses m'attiraient et je mettais de l'empressement à m'y rendre, tandis que pour d'autres, moins .... sympathiques, moins en harmonie avec mon esthétique, je manquais littéralement de zèle et je ne m'y dirigeais qu'à contre-cœur. Il m'est arrivé plus d'une fois de faire un crochet, pour éviter des sapins à l'air sinistre et une anse de rivière, où un camarade d'enfance s'était noyé autrefois. Je me souviens encore d'un carrefour particulièrement antipathique, où le vent mugissait continuellement même pendant la belle saison ; c'était le rendez-vous de toutes les bises malsaines de la région et nous ne fûmes jamais en bons termes, quoiqu'il m'ait valu quelques clients.

Je n'ai pas eu le loisir de parsemer de souvenirs durables les routes départementales et nationales qui aboutissaient à mon logis ; mais j'aurais évidemment fini par faire comme les autres, par me créer à la longue un horizon spécial, auquel l'œil s'habitue si bien, qu'on ne le quitte plus qu'à regret.

Les archéologues nous donnent l'exemple à ce point de vue ; ils se passionnent pour des moellons, pour des ruines, qui n'ont même rien d'artistique, mais dont l'antiquité évoque tout un passé glorieux ou tragique. Quand on visite Rome, les guides vous montrent des débris insignifiants en vous disant : « ceci fut le palais d'Auguste, là était la maison de Coriolan, le temple des vestales » ; çà se réduit à bien peu de chose et pourtant que d'apparitions surgissent aussitôt à cette simple énumération.

Chacun de nous ne conserve-t-il pas en sa mémoire la vision de sites entrevus dans des circonstances

ce client forte-tête lui avait dit, me visant : « Lui ne m'aurait pas poursuivi, il est trop occupé pour perdre son temps, c'est pour cette cause que je ne voulais pas le payer ; mais dès que j'ai su qu'il était assuré au *Sou médical* contre le risque professionel, j'ai compris que cette compagnie allait me traîner devant toutes les juridictions, suivant l'habitude de ces compagnies d'assurances, et j'ai mieux aimé payer tout de suite pour éviter les frais qu'elle m'aurait faits. »

Je compte aller à Paris prochainement et irai vous serrer la main.

J'ai fait dans le « Bulletin » (même courrier) une tartine de propagande — pour le *Sou médical*. — L'affaire d'Amiens, celle de D., à F, vont faire ouvrir l'œil.

Votre avant-dernière note démolit, et à bon droit, cette légende de la cotisation collective au rabais, des Syndicats à notre *Sou médical* que D. avait fait publier dans la *Fédération de Toulouse*.

Bien cordialement à vous.

Dr Rolland.

Le 9 mai 1902.

Dans le domaine des questions générales de défense professionnelle, nous ne sommes pas restés inactifs.

Votre Commission permanente a donné mandat à MM. Le Gendre, Lepage et Jeanne de demander audience à M. Joseph Fabre, secrétaire de la Commission sénatoriale de l'enseignement, pour protester contre l'idée d'ouvrir les portes de l'école de médecine à des bacheliers moderne-style, et, d'une façon générale, contre toute diminution des études préparatoires à l'accès de notre profession. Cette démarche sera faite en juin.

D'un autre côté, par la voie du journal, et poursuivant la réalisation du programme tracé par nous-mêmes contre l'encombrement, programme qui fut adopté par la Commission dont notre confrère Gouffier était le rapporteur, nous avons associé nos sociétaires à l'enquête du Professeur Mayet (de Lyon) sur la réforme des études médicales, et soumis à leur referendum l'idée de M. le Dr Perrimond de créer une Ligue ou une autre organisation de ce genre, dirigée contre l'encombrement local et poursuivant dans ce but une « *meilleure répartition des clientèles médicales* ». Nous nous proposons de confier à M. le Dr Gouffier le dépouillement des réponses, qui nous seront adressées.

Sans cesse consultés sur les mille points de l'application de la loi-accidents où les solutions restent indécises, soit par insuffisance de clarté du texte, soit par les divergences d'interprétation des magistrats, soit encore par les lacunes que nous avons signalées à différentes reprises, nous nous sommes mis d'accord avec l'Union des syndicats médicaux et la Bourse du travail pour constituer une commission où délégués et conseils judiciaires des trois groupes rédigeraient d'un commun accord le cahier complet de nos communes revendications et en poursuivraient l'adoption par le Sénat et par la Chambre. Des frais sont à prévoir pour cette importante consultation dont l'utilité est évidente : nous prions le conseil de nous ouvrir un crédit à cet effet. (*Vu l'urgence de l'étude projetée, le conseil décide qu'il prendra à sa charge 50 % des dépenses qu'elle nécessitera. Il donne tous pouvoirs pour le représenter à MM. Jeanne et de Grissac, assistés de Me Gatineau.*)

En attendant, et pour répondre aux demandes pressantes de beaucoup de confrères, nous avons rédigé et publié au journal une note passe-partout que nos sociétaires pourront faire reproduire en affiches, en filets de journaux locaux, en conclusions de conférence, etc., afin de porter à la connaissance des victimes du travail tout ce qu'elles ne doivent pas ignorer au sujet de leurs rapports avec les médecins.

M. le Dr C. de Paris, membre du Sou médical, est le médecin d'une personnalité qui a reçu du président du conseil, ministre de l'intérieur, mandat de lui fournir un rapport sur deux points particuliers : relations entre le développement des Sociétés de secours-mutuels et l'encombrement médical ; cause de la mésentente entre mutualistes et médecins. Afin de documenter son client, notre confrère nous a demandé de le do-

---

exceptionnelles ; ne prennent-ils pas de ce fait une ampleur et un relief énormes ? On ne peut songer à quelque événement passé, sans l'associer à des détails physiques, aux images du monde extérieur, qui surgissent tout à coup du souvenir.

Je n'oublierai jamais pour mon compte les ficus géants du jardin d'essai à Alger, le mont Saint-Michel, certains recoins de Venise, Bruge-la-morte, le décor féerique de Monte-Carlo, les excursions et les roches de Jersey, les allées de Bade, les hauteurs de Montreux et même certains cimetières, comme ceux de Cimiez ou de Gênes, où la vie et la mort semblent s'être réconciliées.

Je conclus qu'au lieu de vous moquer des naturistes, qui prêtent certainement le flanc à la critique, mieux vaut vous assimiler le côté sentimental et poétique de leur système : que votre bonté native s'élargisse encore et s'étende à tout ce qui borne votre destinée, au peuplier qui ressemble à un doigt gigantesque, nous indiquant un idéal élevé, à l'humble croix du hameau qui proclame que le dévouement doit être le but de notre existence, au tic-tac du moulin qui prêche l'activité, à la mare aux reflets métalliques où la gent emplumée prend ses ébats et donne l'exemple de la propreté, au ruisselet qui apporte aux prairies une fraîcheur salutaire, de même que nous apportons le baume de nos consolations à ceux qui souffrent ; à la terre rigide et glacée, qui ne repose sous son suaire de neige, que pour reprendre des forces et fournir de nouvelles moissons.

Il ne nous est pas défendu, à l'exemple de Flaubert, de nous immiscer aux choses, de fusionner avec les éléments, de nous blottir en quelque sorte sous la matière, de pénétrer au sein des atomes, de descendre jusqu'au fond de la nature, de vibrer avec le son, de couler avec l'eau, de briller avec la lumière.

Vous êtes sauvé et le spleen ne pourra mordre sur vous, si vous laissez votre empreinte sur des fractions de paysage, si vous avez vos points de repaire, vos attachements aux quatre points cardinaux. Dès lors, l'incertitude des soirs de brouillard cessera d'être menaçante. Vous n'aurez plus peur, comme dans votre enfance effarée et inquiète, des branches qui s'allongent en tentacules, comme pour vous agripper au passage, des faces grimaçantes qui émergent de la brume, des bruits équivoques provoqués par l'invisible. Vous serez à l'abri de l'effroi, de la peur irraisonnée, devant la solitude et la nuit, à l'heure où les ténèbres massent leur opacité comme une provocation et un danger.

Non seulement vos corvées professionnelles cesseront d'être pénibles ; mais encore elles auront un attrait qui les rendra faciles et agréables.

Dr Grellety (de Vichy).

cumenter lui-même. M. le Dr Lepage lui a remis sur le premier point l'étude de M. le Dr Gouffier, et, pour préciser le second, une note ainsi conçue qui traduit bien nos desiderata exprimés à divers reprises par les assemblées générales.

Les doléances des médecins au sujet des Sociétés de secours mutuels.

Les médecins, très sympathiques jadis au mouvement mutualiste, lui deviennent nettement hostiles, révoltés qu'ils sont par les abus suivants :

1° Au lieu de n'admettre dans les Sociétés comme *participants* que ceux que la maladie, l'accident ou le chomage involontaire mettraient dans la gêne à bref délai, on ouvre les portes à des gens aisés ou riches, et on veut nous *obliger* à les soigner à prix réduit.

2° On laisse les Sociétés se constituer avec des cotisations très insuffisantes pour les charges qu'elles endossent, et alors, on ne maintient l'équilibre budgétaire qu'en réduisant d'office de moitié ou de trois quarts les honoraires, pourtant si modestes et si réduits déjà, que nous avons consentis.

3° Au lieu de laisser les sociétaires libres de choisir leur médecin, on leur en impose un que l'on fait marcher comme un agent, qu'on blâme, qu'on chasse, avec moins d'égards souvent que s'il s'agissait d'un domestique sans conscience.

4° Les bureaux des Sociétés quand nous avons, sans défiance, accepté d'être leurs médecins, critiquent de la façon la plus absurde et en toute incompétence, nos actes, nos prescriptions, cherchent à nous faire violer le secret professionnel, font pression pour nous associer aux cabales, aux coteries locales, et si nous restons impassibles dans l'accomplissement de nos seuls devoirs, nous destituent ou nous tyrannisent de mille façons, s'attaquant à notre dignité professionnelle, à notre bourse, brisant souvent notre avenir par de véritables chantages.

5° On a vu des ministres (circulaires Dupuy, Vallé), admettre que les jeunes médecins devaient rechercher à vil prix les fonctions de médecin de société de secours mutuels pour se faire la main, pour y trouver le terrain de leurs expériences ou plutôt de leur inexpérience clinique. Peut-on s'étonner, après cela, que l'éducation des bureaux des sociétés soit ce qu'elle est ! Et ne s'aperçoit-on pas qu'il y a une petite révolution à faire, par un règlement soigneusement appliqué, contre ces abus, cette ignorance, cette absurde inspiration venue d'en haut ?

Remèdes proposés et ayant réussi là où l'expérience a été faite.

Les remèdes à cet état de choses :

1° Le sociétaire doit être vraiment libre de choisir son médecin, parmi ceux qui visitent le quartier ou la commune où il réside.

2° Le médecin ainsi choisi, inscrit comme membre honoraire de la société, dresse la liste des sociétaires-clients en faveur desquels il consent *gracieusement* une réduction de 25 % sur les honoraires qu'il leur réclamerait, s'ils n'étaient pas mutualistes. Ces sociétaires sont ceux que nous avons désignés en disant que la maladie, l'accident ou le chômage involontaire les jetteraient dans la misère à bref délai. Le tarif sur lequel il est fait réduction globale de 25 % est le tarif général minimum ouvrier du *Concours médical*. Demander davantage au médecin serait tomber dans l'exaction.

3° Le médecin ne peut accepter d'autre contrôle que celui d'un bureau, dont il fait lui-même partie ou bien qui compte dans ses rangs un représentant élu des médecins et des sociétaires. Il doit avoir recours devant l'assemblée générale d'abord, puis devant un tribunal arbitral de mutualistes et de médecins contre les décisions qui porteraient atteinte à ses intérêts moraux ou pécuniaires.

4° Les sociétés doivent être mises en demeure de proportionner leurs cotisations à leurs charges : il faut qu'on leur interdise de vivre en parasites aux dépens de telle ou telle profession ; qu'elles acceptent des générosités, mais qu'elles ne pratiquent pas le chantage par appel à la concurrence.

5° Les médecins sont unanimes à affirmer que plus les sociétés s'astreindront à n'admettre que les mutualistes définis ci-dessus, plus elles seront prospères : les *participants aisés* sont le fléau du budget des dépenses : on peut le demander à tous les trésoriers.

Quand on aura réalisé les dispositions ci-dessus et prouvé que l'on tiendra la main à leur application, les médecins s'engagent à créer des sociétés mutuelles partout où ils en trouveront les véritables éléments, c'est-à-dire presque dans chaque commune. On s'apercevra alors combien on a eu tort de ne pas les avoir écoutés plus tôt.

Le Bureau du Sou médical.

Pour être complets, il nous reste à rappeler que nous avons associé le *Sou médical* à tous les efforts des autres sociétés de défense professionnelle dans les conseils desquelles nous sommes représentés. MM. Gassot et Lepage à l'Association générale, M. H. Cézilly dans les Ligues que nous encourageons, M. Jeanne à l'Union des Syndicats, M. de Grissac à l'Union et au syndicat de la Seine, ne cessent de faire entendre les paroles de courageuse lutte, qui sont votre programme et trouvent toujours de sympathiques échos.

Il nous reste à enregistrer avec la plus profonde satisfaction le triomphe définitif en appel de M. Gatineau dans l'affaire de Bourgoin. L'immense service qu'il aura rendu aux syndicats médicaux dans cette question si grosse de conséquences consacre à jamais la réputation d'habileté et de dévouement de notre collaborateur. En le remerciant ici, au nom de tous, nous lui demanderons de nous prêter son concours pour un article prochain qui, des arrêts de Grenoble et de Bourgoin tirerait toutes les conséquences dont nous avons à profiter. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que le meilleur moyen de fêter ce gros succès serait de lui consacrer un numéro du Concours, numéro spécial où notre rédacteur en chef ferait entrer tous les documents, qui sont de nature à entraîner les syndicats dans la voie nouvelle et féconde qui s'ouvre désormais toute grande devant eux ? (*Très bien*).

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, nous ne suffisons plus à la tâche, M. le Dr Mignon et moi. Nous sommes d'accord à demander que mon confrère soit seulement secrétaire adjoint de

l'Amicale, et que l'un de vous veuille bien devenir mon collaborateur très actif au secrétariat du *Sou médical*. Mille raisons, toutes meilleures les unes que les autres, m'ont conduit à demander ce service à M. de Grissac ; avec son ordinaire bonne grâce, il est prêt à accepter si vous voulez bien ratifier notre projet.

Le conseil adopte à l'unanimité la modification proposée. Il remercie M. le Dr Mignon du dévouement dont il a fait preuve et qu'il nous continuera sans nul doute dans la mesure possible ; il nomme provisoirement M. de Grissac secrétaire adjoint, et proposera à l'assemblée de lui donner, comme successeur dans le titre de syndic, M. le Dr Gouffier qui nous a déjà fourni tant de preuves de dévouement et de brillantes aptitudes.

La séance est levée à sept heures.

Le secrétaire général,
Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La digitale dans les affections non valvulaires du cœur.

M. le Dr *Barié* a consacré un article très intéressant de la *Médecine interne* à l'étude des contre-indications de la digitale dans les affections non valvulaires du cœur.

1° *Palpitations*. La digitale est contre-indiquée chez les malades atteints de palpitations nerveuses (cardiopathes névropathes), dyspeptiques, tabagiques, tuberculeux.

2° *Tachycardie*. La digitale est également contre-indiquée dans les cas de tachycardie dus au goitre exophtalmique, à l'adénopathie trachéo-bronchique, à la myocardite infectieuse typhique ou diphtérique.

Tout au plus, peut-on la prescrire avec quelqu'utilité dans les cas de tachycardie due à des affections valvulaires à la dose de vingt à trente gouttes pendant plusieurs semaines.

3° *Hypertrophies fonctionnelles*. On ne doit pas donner la digitale aux jeunes gens atteints de dilatation cardiaque de croissance (hypertrophie de croissance de G. Sée), pas plus qu'aux adultes athéromateux atteints de dilatation cardiaque par hypertension artérielle.

L'arythmie et la tachycardie dans les cas *d'anévrysmes* de l'aorte seront justiciables de la médication par la digitale, mais avec une surveillance spéciale.

4° *Mal de Bright*. Au début de la néphrite interstitielle, l'emploi de la digitale est parfaitement inutile ; mais, à une période plus avancée, où le cœur est affaibli et hyposystolique, la digitale est indiquée comme tonique du cœur, malgré l'existence de l'albuminurie.

5° *Cœur forcé*. Un surmenage excessif peut amener, chez les jeunes sujets, ayant eu une atteinte antérieure de rhumatisme, de scarlatine ou de fièvre typhoïde, une dilatation aigüe du cœur. La digitale est indiquée dans ce cas.

Lorsque la dilatation du cœur est la conséquence des *affections broncho-pulmonaires*, comme cela s'observe chez les emphysémateux, les asthmatiques, les tuberculeux (dilatation du cœur droit), et que les malades présentent des symptômes d'asystolie, notamment de l'œdème des membres inférieurs, M. Barié croit que *la digitale est indiquée, surtout chez les jeunes sujets. Chez les malades âgés*, au contraire, la constitution du muscle cardiaque change : le tissu fibreux l'emporte de plus en plus sur les fibres musculaires, et par suite, *l'action de la digitale* sur les contractions cardiaques *devient de plus en plus douteuse*.

Dans les dilatations du cœur droit survenant sous l'influence de certaines *affections gastriques ou hépatiques*, la *digitale est absolument contre-indiquée*, parce que ce médicament trouble les fonctions digestives, et que, d'autre part, la cardiopathie est le plus souvent curable, en même temps que l'affection gastrique qui lui a donné naissance, par un régime approprié.

Dans la *myocardite scléreuse* ou cardio-sclérose, le myocarde est affaibli, le pouls est petit et arythmique, et les crises asystoliques sont suscitées par la moindre fatigue ou sous l'influence des émotions. Dans ces cas d'asthénie cardiaque, l'emploi de la digitale se justifie dans les premiers temps de la maladie, tant que l'intégrité de la fibre musculaire cardiaque est relativement conservée ; mais, à une période plus avancée, il faut suspendre ce médicament devenu insuffisant. On pourra alors s'adresser au strophantus et à la spartéine, qui donneront quelques succès, d'ailleurs précaires.

Enfin, il faut dire deux mots sur l'emploi de la digitale dans la dégénérescence et dans la surcharge graisseuse du cœur. Ce sont là deux affections bien distinctes, surtout au point de vue que nous envisageons ici.

Dans la *surcharge graisseuse*, ou cœur gras, adipôme, polysarcie du cœur, qui se rencontre chez certains obsèses, le myocarde en lui-même est peu altéré, dans les premiers temps tout au moins, et le cœur est surtout gêné dans ses mouvements physiologiques par le coussinet adipeux qui l'enveloppe ; par conséquent, la *digitale peut être utile* aux malades et les aider à traverser, sans encombre, les crises d'hyposystolie.

Mais, à une période plus avancée, il y a de la *dégénérescence graisseuse* du myocarde, et celle-ci, qu'elle soit la conséquence de la surcharge ou qu'elle soit primitive, *contre-indique l'usage de la digitale*, dont l'effet, en pareille circonstance, serait, pour employer une comparaison vulgaire, celui d'un cautère appliqué sur une jambe de bois.

La photothérapie et l'antisepsie locale et générale contre la variole.

M. le Dr *Barbary*, de Nice, a communiqué à l'Académie l'observation de huit cas de variole confirmée traités par l'isolement à la chambre rouge et la cure aseptique et antiseptique suivante :

Médication cutanée. — Le matin, dans la journée et dans la soirée, grandes lotions de tout le corps avec une solution de sublimé à 1/200.

Vaporisation de la même solution tiède à 1/4000 deux fois par jour à la face. Lavage des yeux, du nez, des oreilles. Gargarismes et soins de la bouche.

Matin et soir, longtemps après la vaporisation, badigeonnage des parties envahies par l'éruption, la face comprise, avec le mélange suivant :

Salicylate de soude.....		5 grammes.
Eau de laurier-cerise....	àâ	10 —
Alcool..................		

Grand lavement d'eau boriquée bouillie chaque matin.

Médication interne : Deux fois par jour une cuillerée à soupe de sirop phéniqué.

D'après les indications de la température, deux fois par jour, un cachet de :

Salol....................	0 gr. 20 centigr.
Bromhydrate de quinine.	0 gr. 25 —

Lait toutes les deux heures, coupé alternativement de café ou d'eau alcaline.

Par cette thérapeutique, M. Barbary a obtenu les résultats suivants : 1° guérison rapide ; 2° au cours de la maladie, disparition rapide de la température ; pas de suppuration ; pas de complications ; marche très rapide de la maladie ; 3° après la desquamation, visage indemne de stigmates.

Traitement quino arsénical du cancer.

M. le D[r] *Le Roy* a fait à la société médicale du VII[e] arrondissement de Paris une très intéressante communication sur le traitement médical des cancers récidivés.

Retenons en surtout, la technique telle qu'il l'indique en détail :

« 1° Je donne chaque jour, pendant 1, 2 et même 3 mois, 0 gr. 25 centigr. de chlorhydrate neutre de quinine en 1 cachet, au milieu de chacun des deux principaux repas, c'est-à-dire 0 gr. 50 centigrammes de quinine par 24 heures. Cette dose est généralement suffisante, bien tolérée pendant longtemps sans aucun malaise. Si cependant l'estomac se révoltait, je le remplace par l'injection, dans les muscles de la fesse ou de la face externe de la cuisse, de 2 centimètres cubes chaque jour de la solution suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine...............	2 gr. 50 centigr.
Antipyrine..............	0 gr. 25 centigr.
Eau distillée stérilisée...	Q. S. pour 10 centimètres cubes.

(formule de Jaboulay et Launois).

« 2° J'injecte également chaque jour dans les muscles de la fesse ou de la face externe de la cuisse 1 centimètre cube de la solution suivante :

Cacodylate de soude...	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée stérilisée..	10 gr.

« D'ordinaire, suivant la tolérance du malade, à condition qu'il ne se produise aucune odeur d'ail de l'haleine, aucun trouble digestif, nausée, inappétence, vomissement bilieux, coliques ou diarrhée bilieuse, j'augmente tous les 3 ou 4 jours d'un centimètre cube.

« Souvent, je ne dépasse pas 4 centimètres cubes par jour de la solution.

« Je suis arrivé plusieurs fois, avec parfaite tolérance et de très bons résultats, à 10 centimètres cubes par jour, c'est-à-dire 0 gr. 50 centigr. de cacodylate de soude. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

« Il faut avoir soin d'analyser les urines au moins tous les 8 jours.

« D'ordinaire, j'interromps le traitement arsenical pendant 8 ou 10 jours, au bout de 3 semaines à 1 mois, pour le reprendre ensuite de la même façon.

« D'abord, j'ai remarqué qu'au bout de ce temps les progrès thérapeutiques se ralentissent et s'arrêtent ; la médication semble avoir épuisé ses effets bienfaisants qu'elle ne retrouve qu'après une interruption plus ou moins longue, grâce à laquelle elle peut récupérer son action.

« Les effets du traitement sont généralement favorables ; ils varient naturellement suivant le siège et la forme du cancer.

« Ceux que j'ai observés le plus fréquemment sont : un relèvement remarquable des forces, de l'appétit, de l'embonpoint, de la coloration du teint, etc.

« Très souvent, diminution ou disparition des douleurs. Souvent, cessation des hémorrhagies, qui sont cependant quelquefois un peu augmentées pendant la première quinzaine du traitement. Diminution ou disparition de la mauvaise odeur des sécrétions cancéreuses. Tendance à la cicatrisation, et même parfois cicatrisation des plaies cancéreuses. Diminution considérable des adénopathies cancéreuses et de la zone indurée péricancéreuse.

« Souvent, atrophie et disparition de quelques nodosités cutanées de généralisation cancéreuse. Assez souvent, les tumeurs se rétractent, durcissent, et semblent se transformer en tissu scléreux qui peut être facilement enlevé par le chirurgien.

« Ces résultats me paraissent très encourageants, et il est permis d'espérer qu'avec quelques perfectionnements de détail, nous pourrons, un jour, aider et compléter encore plus utilement la tâche du chirurgien dans son œuvre destructive de la tumeur cancéreuse et conservatrice de la vie et de la santé de l'opéré.

« La véritable indication de ce traitement médical est la suivante :

« Prenons, par exemple, un cancer du sein encore opérable. Je suis, naturellement, partisan de l'opération, qui débarrasse l'organisme d'une tumeur contre laquelle la quinine et l'arsenic devraient être employés longtemps et à haute dose, sans peut-être en entraver d'une façon certaine la marche envahissante. Si l'opération réussit, la récidive peut n'apparaître qu'après quelques mois, ou même quelques années. Dès les premiers signes d'apparition de la récidive, dès le moindre indice de généralisation viscérale, il faut, je crois, appliquer énergiquement le traitement quino-arsenical. C'est de cette façon que l'on aura le plus de chances de s'opposer à la réapparition du cancer et à son extension progressive.

« Si la récidive s'est déjà produite depuis quelque temps, et si une nouvelle intervention n'est plus possible ou est refusée par le malade, il faut également entreprendre le traitement médical, en élevant souvent les doses d'arsenic, graduellement et suivant la tolérance individuelle.

« On fera sagement de s'abstenir, si le cancer est trop volumineux, si le tube digestif fonctionne mal, s'il y a de graves lésions du côté du foie ou des reins, si la généralisation viscérale ou la cachexie sont trop avancées. »

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par le massage.

M. le Dr *Le Faguays*, publie dans la *Gazette médicale de Nantes*, deux très remarquables observations de guérison de luxation congénitale de la hanche traitées par le massage.

Observation Ire — Il s'agit d'une fillette de 18 mois. L'aspect général est bon, quoique le ventre soit gros. L'enfant a marché à 13 mois. Dès les premiers pas, son incapacité relative à la marche a paru.

La marche était très pénible, mal assurée, les chutes fréquentes, la fatigue venait au bout de quelques pas et la claudication était extrêmement marquée.

Les téguments étaient cependant assez fermes et leur épaisseur rendait difficile l'exploration de l'extrémité fémorale.

La mobilité anormale du membre était peu marquée et le déplacement de la tête fémorale en haut atteignait à peine un centimètre. La luxation était unilatérale et siégeait à gauche. La réduction demandait des tractions assez énergiques, mais la première nous montra nettement l'existence d'une cavité cotyloïde, qui retint la tête fémorale en place, un certain temps du moins, car le lendemain, la luxation s'était reproduite. Cependant, au bout de quinze jours de traitement, la réduction se maintint. Tous les autres symptômes allèrent en s'amoindrissant. Le traitement fut continué pendant deux mois encore, jusqu'à ce que l'enfant eût recouvré une marche normale. Il y a six mois de cela, et depuis, l'enfant n'a jamais rien ressenti dans sa hanche.

Observation II.— Fillette de 2 ans et demi. Aspect général mauvais. Enfant chétif, n'a marché qu'avec peine vers 18 mois, et dès le début avec une claudication énorme.

Quand nous avons vu l'enfant, elle faisait difficilement quelques pas et ne voulait même pas être mise sur les jambes.

Comme pour notre autre malade, nous avions affaire à une luxation congénitale de la hanche gauche.

Les téguments étaient flasques, émaciés, les mouvements anormaux extrêmes, c'était la vraie jambe de polichinelle ; par suite, le déplacement de la tête fémorale était très accentué. La réduction, extrêmement facile, montrait l'existence d'une crête osseuse sur laquelle butait légèrement la tête. Mais, la luxation se reformait immédiatement. Malgré la laxité des ligaments et du système musculaire, malgré la mobilité excessive de la tête et la faible résistance opposée au déplacement par la crête osseuse signalée plus haut ou par une cavité cotyloïde à peine ébauchée, nous avons vu au bout de trois semaines de traitement la luxation se maintenir quatre ou cinq jours réduite. Au bout d'un mois, la réduction était définitive, et tous les symptômes s'amélioraient déjà très sensiblement. L'enfant demandait à marcher, s'amusait même à sauter, elle prenait de l'exercice et l'état général devenait meilleur. L'amélioration se fit graduellement et elle est aujourd'hui guérie.

La tête fémorale est en place, le système musculaire est ferme et bien développé. L'enfant saute et marche normalement, sauf qu'elle a conservé, par instant, l'habitude de se balancer un peu en marchant, il suffit d'ailleurs d'éveiller son attention pour faire cesser tout balancement.

Le traitement a duré environ trois mois et demi.

Ces deux cas montrent la possibilité de traiter la luxation dite congénitale de la hanche par le massage. Nous estimons que les résultats seront d'autant plus rapides et plus sûrs que l'enfant sera plus jeune, et l'âge des malades a dû être un gros facteur du succès.

L'existence d'une cavité cotyloïde, ou même seulement d'une crête osseuse, vestige du bord de cette cavité, comme cela devait être dans l'observation II, paraît être indispensable.

En tout cas, l'innocuité absolue de ce traitement qui ne comporte aucune immobilisation, ni appareil, et moins encore d'intervention sanglante, le rend digne d'être pris en considération et d'être appliqué de préférence à tout autre chez les jeunes enfants.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Appareils modernes à extension continue.

M. le Dr Paul Picart a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des appareils à extension continue et, en particulier, d'un appareil très simple et très pratique, actuellement employé à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer par M. le Dr Ménard.

Après un rapide aperçu historique des différents appareils à extension continue employés depuis Le Sauvage, Bonnet, Desault, Blandin, Guersant, jusqu'à ceux de Volkmann, Bœckel, Tillaux, Duplay et Lannelongue, M. P. Picart décrit en quelques lignes les appareils si simples et si pratiques de ces deux derniers et arrive enfin à l'étude de celui de Berck.

I

Appareils Tillaux, Duplay, Lannelongue Hennequin.

L'appareil de M. le professeur Tillaux est composé de la manière suivante :

Cinq à six bandes de diachylon de 1 m. 20 de long sur 0 m. 06 de large s'appliquent en éventail par leur surface agglutinative sur la face externe du membre inférieur, en partant de la moitié de la cuisse ; elles s'imbriquent sous le pied en formant à une courte distance de celui-ci un étrier plantaire solide et remontent sur la face interne du membre jusqu'à mi-cuisse. Elles sont maintenues par trois bandes circulaires de diachylon placées l'une au-dessus des condyles fémoraux, l'autre sous la tubérosité antérieure du tibia, la troisième au-dessus des malléoles, bandelettes entourant plusieurs fois le membre. De l'étrier plantaire part une ficelle allant se réfléchir sur une poulie ; elle porte à son extrémité inférieure les poids ou le sac de sable tracteurs ; elle doit être naturellement dans l'axe du membre. La contre-extension est faite par le poids du corps reposant sur un plan horizontal dur, matelas bien rembourré et reposant sur des planches. Les deux bords de l'étrier sont écartés par une planchette pour éviter la compression des malléoles. On supprime les oreillers. M. le professeur Duplay ajouta à cet appareil une modification importante. Il mit le pied dans une boîte dont le fond répondait au talon,

une face à la plante, et les deux autres faces aux bords du pied. Cette boîte évite la rotation du membre inférieur.

Il va de sol que la ficelle soutenant les poids, passe dans la boîte.

Avec cet appareil simple, encore usité dans presque tous les services des hôpitaux de Paris, l'extension continue eut définitivement gain de cause parce qu'elle donna immédiatement de bons résultats.

A côté de cet appareil fort simple, vint se placer l'appareil de M. Hennequin, dont les résultats sont si remarquables dans les fractures de cuisse. Il consiste en une petite gouttière de contention, une bonne boîte d'ouate à la jambe, un solide foulard croisé au-dessus du genou et derrière le mollet et muni d'une corde de traction avec une boite à poids. La laine du matelas est enlevée sous la jambe immobilisée de façon à permettre la demi-flexion du genou et la position assise du blessé, quand il le désire. Malheureusement, cet appareil merveilleux pour les fractures de cuisse n'est pas applicable à la coxalgie.

Plus spécialement pour cette dernière maladie M. le professeur Lannelongue a imaginé l'appareil qui porte son nom : Pour l'extension, l'appareil de M. Lannelongue diffère peu de celui de M. Tillaux. La contre-extension se fait à l'aide de deux pièces : une ceinture thoracique bouclée en avant, faite de tissu souple, et un bandage de corps en toile ou en coutil. De la ceinture mise en place, partent 2 lacs que l'on fixe aux barreaux de la tête du lit. Le bandage de corps est mis par dessus la ceinture, il a de 15 à 18 centimètres au milieu, de 10 à 12 aux extrémités. Il présente d'un côté une boutonnière dans laquelle on passe le chef du côté opposé et qui se trouve au milieu et en avant quand l'appareil est placé. Les deux chefs sont attachés aux parties latérales du lit à l'aide de courroies. Bandages et ceinture sont réunis par des épingles anglaises. Le bandage de corps porté 4 lacs attachés en arrière sur une ligne verticale, deux vont à la tête du lit, deux au pied du lit. Les deux membres inférieurs sont tenus rapprochés l'un de l'autre par un troisième bandage.

M. le professeur Lannelongue prend « pour point d'application de la contre-extension, le thorax qui maintient directement le bassin par la colonne vertébrale et les parties molles de la paroi abdominale ». Comme poids tenseur, M. Lannelongue recommande de 1 à 5 kilog. pour les enfants, de 2 à 7 ou 8 kilogr. pour les adultes.

Dans son livre sur la *coxotuberculose*, le même auteur a posé comme règle absolue que : « c'est sur le membre malade que la traction doit être appliquée, puisque ce sont les surfaces articulaires de la hanche de ce côté dont il faut diminuer la compression réciproque, en annihilant l'action musculaire ». En effet, auparavant, les avis étaient partagés quand il y avait allongement apparent, c'est-à-dire abaissement du bassin du côté malade. Mayor avait proposé de faire l'extension sur le membre sain et la contre-extension dans l'aine du côté malade pour corriger l'inclinaison de ce côté, comme on redresse l'inclinaison du fléau d'une balance, en appuyant sur un plateau, en même temps qu'on soulève l'autre.

Volkmann tirait à la fois sur les deux membres, plus fortement sur le membre malade. L'opinion de M. Lannelongue fit cesser ces errements.

II

Appareil de M. le Dr Ménard et de M. Picart.

« Il y a dans l'extension continue deux choses bien distinctes : l'extension, d'une part, la contre-extension, de l'autre. L'appareil à contre-extension de M. Lannelongue, donnant d'excellents résultats, en immobilisant le thorax, fut adopté par M. le Dr Ménard, qui le modifia de la façon suivante :

« On remplace les deux bandages superposés par une brassière baleinée embrassant le thorax et l'abdomen, lacée en arrière, bouclée en avant et fixée aux épaules par deux rubans, munis de boucles. Aux 4 angles du dos de cette brassière, c'est-à-dire derrière les épaules et de chaque côté du bassin, sont fixées 4 solides courroies en tissu de bretelle dans une direction oblique en dehors et en haut pour les épaules, en dehors et en bas pour le bassin. Ces courroies vont passer dans des boucles fixées à la planche qui soutient et encadre le matelas sur lequel est couché le malade. La brassière étant appliquée et les 4 courroies serrées, le malade se trouve fixé sur le matelas par les épaules et par les côtés du bassin, c'est-à-dire par le tronc tout entier.

« La contre-extension ainsi pratiquée est très simple tout en étant très efficace. Le tronc est bien maintenu sans qu'il en résulte aucune gêne pour les malades qui passent ainsi jusqu'à 18 mois et deux ans de suite, sans atrophie des muscles du thorax. Si, chose que l'on fait toujours devant les visiteurs, l'on commande à un enfant bouclé dans sa brassière, de s'asseoir, on constate tout de suite qu'en dépit de ses efforts, le petit malade ne peut faire aucun mouvement.

« Il n'est plus désormais nécessaire de soulever le pied du lit pour assurer la contre-extension.

« La brassière baleinée a de plus l'avantage d'être d'une confection facile pour toutes les ménagères et à la portée de toutes les bourses. Elle permet en outre de mettre vite le petit malade à nu pour procéder à tous les soins de propreté nécessaires.

« M. Ménard adopta le matelas épais de 8 à 10 centimètres soutenu par un plan en bois, décrit par M. Lannelongue. Il faut en effet que le poids du corps ne fasse aucune dépression dans le matelas ; il faut également supprimer les oreillers pour que le malade soit couché bien à plat. M. Ménard rendit mobile le matelas fixé au petit lit de l'appareil de M. Lannelongue. Le matelas simplement déposé sur un cadre de bois peut être facilement séché, changé, en un mot surveillé, facteur important chez les petits enfants qui salissent vite draps et matelas. Le petit lit est composé d'un fond et de 4 planches latérales ; à la tête et au pied se trouve une poignée pour faciliter le transport du malade avec son lit dans une voiture, pour les promenades au grand air ou au bord de la mer.

« Frappé de la fréquence « de la distension des ligaments du genou, du relâchement et même parfois d'une sorte de dislocation de cette jointure », M. Ménard attribua ces accidents à ce

que l'extension continue avec le diachylon et les guêtres diverses se faisait surtout sur la jambe et sur le cou-de-pied. Aussi posa-t-il en principe que l'extension devait être appliquée autant que possible exclusivement sur la cuisse. C'est ce souci qui le conduisit à imaginer l'appareil suivant, longtemps usité à l'Hôpital maritime et qui était déjà un progrès sur l'appareil ordinaire en diachylon. Les bandes de diachylon sur lesquelles se faisait la traction se trouvaient de chaque côté de la cuisse, en dedans et en dehors, en éventail, à sommet situé au-dessus des condyles fémoraux. Elles étaient directement appliquées sur la peau, où les maintenaient des tours de bandes de tarlatane, leur partie supérieure étant rabattue et également recouverte. De la sorte, le diachylon, non exposé à l'air, ne rancissait pas et causait moins souvent des éruptions cutanées. Au sommet des éventails de diachylon, on cousait de chaque côté du genou une bande de toile dont la partie moyenne embrassait le pied en étrier. Le genou, la jambe et le pied étaient protégés par une couche d'ouate et la bande était recouverte et maintenue par de nouveaux tours de tarlatane. La corde soutenant les poids était accrochée à l'étrier.

« Cet appareil, en partie emprunté à Sayre, était. nous l'avons dit, un perfectionnement. On reproche surtout, en effet, à l'appareil de diachylon d'être vite sali, tant par l'exposition à l'air que par le contact des draps. Il occasionne souvent, pour ne pas dire toujours, des éruptions cutanées diverses, des eschares ou des écorchures au niveau du genou et du cou-de-pied autant de lésions bénignes, il est vrai, chez un malade propre et bien surveillé, mais qui peuvent devenir le point de départ d'infections locales et ont surtout le grave inconvénient de rendre, pendant un certain temps, l'application de l'extension continue impossible. De plus, avec cet appareil la traction se fait à peu près également sur tout le membre inférieur. »

L'appareil de M. Ménard que nous venons de décrire tendait déjà à tirer davantage sur la cuisse. Cependant le diachylon appliqué directement sur la peau, sur une moins grande surface cependant, était encore passible des reproches faits plus haut. On sait avec quel soin il faut surveiller le pied, qui a toujours tendance, s'il n'est maintenu dans l'extension continue, à tourner en dedans ou en dehors. La boîte de M. le professeur Duplay empêche cette rotation, mais a un inconvénient : le pied y repose sur un plan dur, en bois ; le talon y devient douloureux et une eschare peut s'y former, étant donné que l'extension continue est appliquée des mois entiers. Nous verrons comment on a remédié à cet inconvénient par une modification simple.

Nous allons maintenant décrire l'appareil à extension continue en usage à Berck depuis plusieurs années et qui nous a suggéré l'idée de cette thèse. Le petit lit facilement transportable avec son matelas de crin dur absolument indépendant de celui-ci ont été conservés. La brassière baleinée déjà exposée assure encore la contre-extension. Elle a été perfectionnée en ce sens qu'elle n'est plus lacée par derrière et que les courroies s'y croisent au milieu de la face postérieure en croix de Saint-André, ce qui en augmente beaucoup la solidité. La brassière est donc maintenant d'une seule pièce.

L'appareil à extension se compose essentiellement de trois parties :

1° Un pansement ouaté ;
2° Deux bandes de toile ;
3° Une boîte pour maintenir le pied.

En décrivant la confection d'une « extension continue », nous allons détailler au fur et à mesure ces diverses parties. Nous montrerons ensuite les avantages de l'appareil, les résultats et les indications de l'extension continue.

On enveloppe d'abord le pied, la jambe et la moitié inférieure de la cuisse d'une mince couche de coton ordinaire pour que l'appareil puisse bien se mouler sur le membre. On mettra un peu plus de coton au cou-de-pied de façon à bien protéger les malléoles des pressions inévitables. On recouvre le coton par des tours de bandes de tarlatane comme si l'on voulait faire un pansement occlusif ordinaire. Le membre inférieur sera mis en extension et le pied à angle droit.

On coupe ensuite deux bandes de toile d'au moins un mètre de long chacune, pour les enfants, de façon que, partant de la racine du membres, elle aient une longueur suffisante pour dépasser le pied de 25 à 30 centimètres. On les applique l'une sur la face interne du membre inférieur, l'autre sur sa face externe, par-dessus le pansement ouaté. On peut, en souvenir des autres appareils, ne mettre qu'une seule bande passant sous le pied en étrier ; il faudra ensuite couper cet étrier par le milieu et l'on retombera ainsi dans le procédé des deux bandes. Un aide soulève légèrement le pied de façon à détacher le membre inférieur du plan du lit. Partant du milieu de la cuisse, c'est-à-dire de la partie supérieure du pansement ouaté, on roule de la cuisse, jusqu'au pied plusieurs tours de tarlatane de façon à appliquer déjà les deux bandes de toile et l'on revient rapidement au point de départ.

On rabat alors la partie libre des deux bandes, les chefs de ces bandes devant se trouver, une fois rabattus, au-dessus des condyles fémoraux. On fixe solidement à la cuisse ces deux parties, primitivement libres, par de nouveaux tours de tarlatane. On continue les tours de bandes jusqu'au pied. Avant de rouler sur le pied, il faut faire à la région malléolaire un tour complet avec la tarlatane autour de chacune des deux bandes de toile. Ces tours spéciaux ont l'avantage de bien fixer au pied les bandes de toile, et de les empêcher de glisser en avant ou en arrière. On termine la fixation des bandes par plusieurs croisés de tarlatane autour du pied et l'on abandonne celle-ci sur la jambe.

A ce moment entre en jeu la troisième partie de l'appareil de M. Ménard : la boîte chargée de maintenir le pied. Par sa forme générale, cette boîte ressemble à celle de M. le professeur Duplay, mais elle en diffère essentiellement par ce fait qu'elle n'a pas de fond. M. Ménard, ayant reconnu que le fond n'était pas utile pour une bonne extension, et qu'il nuisait, au contraire, dans une longue application d'extension, comme nous l'avons signalé, le supprima. La partie de la boîte sur laquelle repose la plante du pied est percée à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de deux trous de 4 à 5 centimètres de haut sur 2 centimètres de large. Au-dessous de ces trous, tout près du bord inférieur de cette face, se trouve fixé un crochet. Le pourtour

inférieur de la boîte est consolidé par une garniture métallique.

On applique la boîte de la façon suivante : le pied est mis à l'intérieur, on passe dans les trous les deux chefs libres des bandes de toile et l'on fait un nœud ordinaire. On comprend aisément que plus le nœud est serré, plus la boîte se rapproche de la plante du pied ; il faut absolument qu'elles soient accolées l'une contre l'autre de façon à ce que le pied soit bien maintenu à angle droit. On fait ensuite un nœud à 2 boucles que l'on peut empêcher de se relâcher en faisant un 3e nœud avec les deux boucles. On coupe enfin l'excès de bande de toile. Le pied est désormais bien adhérent à la boîte et dans une bonne position. On fixe d'autre part la jambe à la boîte par quelques tours de tarlatane.

Au crochet qui se trouve tout à fait en bas de la boîte on attache, par l'intermédiaire d'un autre crochet en S, la corde au bout de laquelle se trouvent les poids tracteurs ou le sac de sable. La corde peut passer dans une poulie située sur le petit lit. Ce détail est important à Berck où les malades soignés en ville sont promenés toute la journée au bord de la mer dans les voitures spéciales. Grâce au dispositif que nous venons d'indiquer, le malade est promené avec son appareil à extension. Pour les malades de l'Hôpital maritime, malheureusement condamnés à rester huit mois de l'année dans les salles, la poulie se trouve sur une planchette fixée au pied du lit. On trouve chez Raynal une poulie posée sur une tige métallique ; cette tige est maintenue sur la planchette dans une glissière, ce qui permet de lever ou de baisser la poulie et de graduer ainsi plus facilement l'extension. Quel que soit le système, la poulie doit toujours être plus élevée que le crochet de la boîte; la traction se fait de la sorte sûrement de bas en haut.

Tel est l'appareil qui sert, à l'Hôpital maritime de Berck, à faire l'extension continue.

Le nouvel appareil supprime tout à fait le diachylon et les inconvénients qui lui sont inhérents, éruptions, eschares, suspension temporaire de l'extension. Grâce au pansement ouaté, le membre inférieur est bien protégé et l'extension n'est jamais douloureuse du fait des bandes qui servent à la traction. Les bandes de toile ne bougent pas de la position où on les met ; grâce à la longueur de bande répondant à la moitié inférieure de la cuisse, il n'est pas douteux que le maximum de traction s'opère sur la cuisse, le reste se faisant sur le mollet.

De plus, la traction ne se fait plus directement, comme dans tous les autres appareils, sur les bandes appliquées le long de la jambe. Celles-ci, en effet, et nous ne saurions trop insister sur cette innovation, sont attachées, nous l'avons vu, toujours au même point sur la boîte ; cela ne fait qu'augmenter la fixité absolue des deux bandes, tout en rendant plus intime le contact du pied et de la boîte. Il en résulte que non seulement le pied ne peut tourner ni en dehors, ni en dedans, mais qu'il est également forcé de rester à angle droit. La plante suffisamment protégée par le pansement ouaté n'est jamais incommodée par ce contact avec la boîte. Les trous de la boîte, suffisamment écartés l'un de l'autre, évitent le pincement des malléoles entre les deux bandes de toile et suppriment en même temps la petite planchette que l'on mettait devant la plante du pied.

Enfin, dernier point important et nouveau également, c'est sur la boîte que se fait la traction. Il y a intérêt à attacher la corde, au bout de laquelle se trouvent les poids, tout à fait en bas de la boîte. On obtient ainsi une traction de bas en haut, ce qui a plusieurs avantages. Le membre inférieur est légèrement soulevé ; aussi le corps n'en remplit-il que mieux son rôle contre-extenseur. Il n'est donc plus nécessaire de soulever les pieds du lit ; la situation du malade, condamné à garder le décubitus dorsal prolongé sur un plan horizontal, n'est déjà pas trop gaie pour qu'on ne l'exagère encore en mettant la tête plus bas que les pieds.

D'autre part, non seulement le talon ne repose plus sur un fond dur dans la boîte, mais il ne repose même plus sur le matelas dont le sépare un intervalle de deux à trois centimètres. La traction sur le bas de la boîte a encore l'avantage d'en redresser le haut en sens inverse, c'est-à-dire vers la plante du pied et de mieux maintenir la position de celui-ci à angle droit. L'avant de la boîte étant détaché du plan du lit, l'arrière repose sur le matelas, ce qui empêche la boîte de lutter contre l'extension. En effet celle-ci ne frottant pas en avant sur le matelas glisse facilement dans le sens de l'extension, mais, par contre, elle ne recule pas, ses ailerons posant sur le lit.

Donc traction exercée sur le bas de la boîte sans fond à laquelle sont attachées deux bandes de toile dont la moitié postérieure la mieux fixée au membre inférieur répond à la cuisse, le membre protégé par un pansement ouaté, telles sont les particularités de l'appareil de M. Ménard.

« Cet appareil réalise à coup sûr une extension tout à fait efficace. Il suffit en effet pour s'en rendre compte de séparer le crochet qui tient la corde du crochet de la boîte pour voir immédiatement un mouvement net de retrait net de tout le membre devenu libre. Raccroche-t-on la corde à la boîte, le membre s'allonge d'une façon aussi nette. A ceux qui peuvent craindre que l'extension ne se fasse sur le genou ou sur le pied, M. Ménard répond qu'il n'a jamais vu un cas de genu recurvatum imputable à son appareil et que jamais il n'a eu à l'enlever et par conséquent à supprimer pour un certain temps l'extension continue pour douleurs du genou ou du pied ou pour plaies cutanées.

« L'appareil réalisant d'une façon efficace l'extension continue assure du même coup au malade le bénéfice de ce mode de traitement.

« Cet appareil, en effet, apaise les douleurs « aussitôt que le sujet s'est accoutumé aux tractions graduées la douleur diminue et cesse en entier ordinairement ; le sommeil, qui était troublé, revient ». L'extension continue calme aussi les douleurs à distance dans le genou. Elle est aussi un antiphlogistique et un résolutif ; elle empêche en partie la formation d'abcès ou bien elle modère les poussées inflammatoires et hâte la résorption des abcès quand il s'en produit. Nous disons « en partie » à dessein, car dans ce rôle il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'extension continue et à l'immobilisation de la jointure par le repos dans le décubitus dorsal. C'est d'ailleurs un fait d'observation clinique que ces deux procédés réunis sont sou-

vent insuffisants pour amener la guérison d'abcès quand il s'en produit.

L'extension continue, c'est son rôle capital pour M. Ménard, lutte efficacement contre la contracture musculaire, ce qui lui permet de faciliter le redressement du membre. Enfin, par son rôle d'écartement des surfaces articulaires, admis par Kœnig Paschen et Schulze, nié par Morosof, démontré réel par une expérience de M. Lannelongue, elle empêche la production de l'ulcération compressive. »

Dr Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE SOCIALE

Protection de la mère et de l'enfant. Un aperçu inédit du problème de la repopulation.

A la bonne heure ! Voici qu'au lendemain du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Nantes, la question de la dépopulation revient à l'ordre du jour, non plus à l'Académie de médecine, comme il y a cinq ou six ans, lorsque Javal et Lagneau menaient le train, mais bien au Sénat.

Le Sénat doit aborder très prochainement la discussion du rapport de M. Th. Roussel sur la réforme de la loi des enfants assistés. Ce rapport est actuellement soumis à la commission des finances pour être examiné au point de vue de ses conséquences budgétaires. Deux autres propositions, l'une de M. Léon Labbé, l'autre de M. Paul Strauss, doivent prochainement aussi venir en discussion. Toutes deux ont pour objet la protection des mères et l'assistance des enfants du premier âge. Il est certain enfin que le Sénat aura, de plus, à connaître en même temps des propositions diverses de MM. Piot et Bernard, sénateurs du Doubs, et de plusieurs de leurs collègues relatives aux moyens d'enrayer la dépopulation de la France. Il y aura, à ce sujet, une grande discussion d'ensemble au Luxembourg, après les travaux de la Commission extra-parlementaire.

Du rapport Théophile Roussel, nous ne nous occuperons pas, parce que son principe se retrouve dans le projet de révision de la loi Roussel préparé par le *Concours médical* après études et mémoires du Dr Gassot. Nous ne retiendrons, pour les commenter, que les vœux relatifs à la repopulation, à la protection des nouvelles accouchées et des nouveau-nés de MM. Labbé, Strauss, Dulau, Piot et Bernard qui, ces deux derniers du moins, ont eu déjà les honneurs de la caricature. Nous émettrons, en même temps, nos vœux personnels.

Il y a, disons-nous, quatre ou cinq ans que les Sociétés savantes ont abandonné ce sujet ardu de la repopulation. On se rappelle que les différents auteurs demandaient, pour la favoriser, la remise de partie ou totalité de l'impôt à payer par les pères de nombreuses familles. Ces exemptions se chiffraient souvent par des sommes dérisoires et, par suite, étaient impuissantes à remonter le taux de la natalité. Sur ce, Tarnier fit savoir, en guise d'expérience, à toutes les femmes d'une commune de l'Est dont il était originaire, que celles d'entre elles qui, les années suivantes, accoucheraient, de ce fait recevraient de lui un subside de 100 francs. Le résultat fut nul, on le pense bien. La natalité resta la même imperturbablement, et pourtant Tarnier offrait bien plus pour chaque naissance que l'Etat n'eût pu le faire de par une loi.

Une seule proposition, parmi les innombrables qui furent émises à cette époque, paraissait digne d'attention et semblait devoir être efficace. Elle émanait du Dr Cazeneuve, de Lyon, et fut naturellement écartée : exempter d'une année ou de deux années de service militaire tout conscrit qui, au moment de l'incorporation, serait marié et père d'un ou de plusieurs enfants nés ou à naître.

Depuis, savants, statisticiens, sociologues, médecins et parlementaires se sont assagis. Devant l'impossibilité absolue où ils se trouvaient, les uns comme les autres, d'amener une surproduction désirée, ils ont pensé, ce qui est plus simple et plus sage, à ménager davantage et à mieux utiliser la production telle qu'elle est. Actuellement tous vœux, tous projets de lois, tels ceux des deux sénateurs du Doubs, qui voudront dépasser cette limite, seront vains et n'amèneront qu'un accouchement de plus : celui de la montagne, par la raison péremptoire que donner quelques centaines de mille francs de surcroît, pour l'application plus réelle de la loi de protection des enfants mis en nourrice, est tout ce que l'Etat peut faire et que ce serait se heurter d'avance à un refus que de lui demander le désarmement partiel réclamé par le Dr Cazeneuve ou bien les millions et les millions que nécessiteraient les secours, primes, remises de taxe, dégrèvements, etc...

Ne pouvant donc augmenter le nombre des naissances, il convient de diminuer la léthalité. La prophylaxie de la tuberculose, la lutte contre l'alcoolisme ont été exposées ici même et nous nous abstiendrons d'y revenir. Mais, nous inspirant du rapport des docteurs G. Ollive et C. Schmitt au dernier congrès de gynécologie et de pédiatrie, nous pensons que la question de la repopulation n'est pas épuisée et qu'elle comporte une partie inédite importante encore.

On a rappelé au Congrès de Nantes la conférence de Berlin où Jules Simon avait fait adopter la proposition suivante : « Il est désirable que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après l'accouchement ». Alors que la Hollande, la Belgique, le Portugal, la Hongrie, l'Autriche, l'Angleterre se sont déjà conformées à cette décision ; alors que l'Allemagne et la Norwège ont porté ce délai à six semaines, la France n'a encore rien fait. Il est clair que cette interdiction de travail, qu'on demande à une loi d'édicter chez nous, ne peut s'adresser qu'aux femmes employées dans les usines, manufactures, chantiers ou ateliers, et c'est, en effet, de celles-là que s'occupe le projet Strauss que va discuter le Sénat.

Et les paysannes ? Nous ne voyons que M. Treille, médecin, s'occuper d'elles ; et il dit que « tous les projets à l'étude ne peuvent avoir en vue les femmes de la campagne qui, placées, en général, dans des conditions hygiéniques plus satisfaisantes, voient leurs grossesses et leurs accouchements évoluer de façon normale ».

Ce n'est pas sûr. Alors que pour les savants officiels et les parlementaires :

Tout malheur que leur main n'atteint pas n'est qu'un rêve

nous pensons que les lois de protection doivent dépasser les barrières des villes industrielles et rayonner sur les campagnes. Que de fausses couches, d'enfants morts-nés, d'infections puerpérales, de métrites et de leucorrhées! La femme des champs, surtout l'indigente, a des occupations jusqu'à la dernière heure du travail et dès le lendemain de sa délivrance.

La paysanne indigente, quoique vote le parlement, ne sera donc protégée ni aussitôt avant, ni aussitôt après, comme le seront les ouvrières des manufactures et usines. L'est-elle, au moins, pendant? La loi d'Assistance médicale lui assure de droit le secours du médecin ou de la sage-femme, mais, en fait, les bureaux d'assistance communaux prennent grand soin d'éliminer des listes les pauvresses de 20 à 45 ans, dont les maternités éventuelles grèveraient les budgets locaux. Alors, ce sont des matrones répugnantes qui les entourent et qui font l'antisepsie rudimentaire de leurs mains, avec eau et savon, pour elles-mêmes, après le toucher, mais jamais avant pour les parturientes.

Et que de touchers! Et puis, quand les bureaux d'assistance accordent la faveur d'une sage-femme à une indigente, celle-ci n'est guère davantage en sécurité. Bien des sages-femmes savent reconnaître une position et une présentation, rien de plus. Leur instruction, en fait d'hygiène, est nulle. Elles laissent se déchirer un périnée par ignorance ou le déchirent elles-mêmes avec le forceps, mais elles ignorent l'emploi et les propriétés du sublimé qu'elles appellent du *supprimé* parce qu'il *supprime* les suites de couches. Nous en avons vu une pratiquer le toucher avec un index mal guéri d'un panaris, et, comme l'accouchée fébricitait quarante-huit heures après et que nous lui recommandions de prendre la température, elle la prenait dans le rectum, sur notre invitation, et réclamait ensuite de l'eau bouillante pour aseptiser son thermomètre. Le lendemain, elle eût pleuré son thermomètre cassé, si elle n'eût été obligée de chanter pour décider le nouveau-né à absorber une soupe grossière.

Non, il n'est pas vrai, contrairement à ce qu'a dit M. Treille à Nantes, que la campagnarde soit hygiéniquement protégée. Elle a l'air pur, c'est vrai; mais elle a un taudis comme sa sœur de la ville. Et ce qu'il lui faut surtout, ce sont d'autres accouchements que celles qu'elle a. Il faut réformer la loi sur les sages-femmes, compléter leurs études, exiger d'elles des connaissances d'hygiène et d'antisepsie qu'elles ne possèdent pas actuellement, si l'on ne veut pas voir s'augmenter le nombre déjà très grand des femmes rendues stériles du fait d'un accouchement mal dirigé et qui ne reçoivent plus tard pour combattre leurs affections sexuelles que la prescription d'injections d'eau de guimauve ou de noyer, de ces conseillères devenues médecins gynécologues.

Nos craintes et notre pessimisme seraient-ils exagérés. Prenons un département exclusivement agricole, riche, à la vie facile, où le travail des champs nourrit facilement son homme, où la race est forte, la Manche. Entre deux dénombrements quinquennaux, la population a diminué de 13.763. On peut incriminer, nous le savons, l'émigration vers les villes, mais le mouvement de la population, pour 1900, donne 10.225 naissance et 13.048 décès, soit un excédent de 2.823 décès sur les naissances. Dans trois communes seulement, sur 643, la natalité dépasse la mortalité. Et pourtant, il est entendu, puisqu'on l'a écrit de tout temps et partout, que les campagnes sont la réserve, la pépinière où se fait la repopulation.

Si la mère n'est pas protégée à la campagne, on peut dire de l'enfant qu'il est assassiné. La loi du 15 juillet 1893 ne sera pas complète tant que l'Etat, le département et la commune ne seront pas conjointement mis dans l'obligation de délivrer du lait à tout nouveau-né d'une mère indigente qui sera médicalement reconnue incapable de nourrir. C'est là un projet d'assistance maternelle à comparer avec celui du député Dulau. Sous le rapport, d'ailleurs, de l'alimentation, l'enfant, dans les familles aisées ou riches, n'a pas plus de chance que l'indigent d'échapper aux errements les plus condamnables. La constatation n'est pas nouvelle; elle est connue de tous les hygiénistes et de tous les médecins, qui savent bien que ce n'est pas eux les guides des mères et des nourrices; qui sont témoins de la grande mortalité infantile, parce que l'inexpérience des jeunes femmes, la routine et l'entêtement des vieilles, annihilent leur savoir et leur autorité.

Les pouvoirs publics aussi la connaissent, puisque MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, dans un rapport à l'Académie, ont montré que les décès d'enfants au-dessous d'un an, de 1892 à 1897, ont donné une létbalité égale au 5e de la population et au 6e des décès de toute nature. Les pouvoirs publics savent qu'il y a plus de chance pour un octogénaire que pour un nouveau-né de vivre un an (Dr Bergeron). Et que font-ils en dehors de la loi Roussel insuffisante et mal appliquée? Rien. Toujours la question budgétaire! Et pourtant, il semble qu'ils pourraient faire, à peu de frais, quelque chose, puisqu'ils ne peuvent pas mettre le prix pour faire beaucoup. Ce quelque chose va être l'objet d'une de nos conclusions.

Conclusions. — 1° En plus de leurs études techniques, les sages-femmes auront des cours à suivre et des examens à passer concernant l'antisepsie et l'hygiène de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. En dehors de ces trois périodes, il leur sera formellement interdit de s'adonner à la médecine, soit de la mère, soit de l'enfant, sous peine de suspension ou de retrait de leur diplôme;

2° L'Etat tiendra la main à ce que toute femme enceinte, indigente ou malheureuse, à la ville comme à la campagne, soit toujours admise à l'Assistance médicale et à ce que la loi d'Assistance ne continue pas à être éludée en ce qui la concerne. Les médecins de l'Assistance auront le droit de délivrer des bons de lait aux nouveau-nés, quand il sera prouvé que les mères sont incapables de nourrir au sein;

3° Lors de toute déclaration de naissance, l'officier de l'état-civil fera remettre à la mère riche ou pauvre une brochure où seront très clairement et très simplement exposés comment se comprend l'hygiène, comment se dirige l'ali-

mentation, comment se reconnaissent les maladies du nouveau-né, comment on les évite et par qui on doit les faire soigner : le médecin. Ces petits manuels ne seront point rédigés uniformément par des savants trop enclins à la grande science (qui emploient le mot incompris de *tuberculose* où conviendrait mieux l'appellation populaire universelle de *maladie de poitrine*), mais bien, dans chaque département, par une commission du syndicat local des médecins qui connaissent mieux les habitudes, les mœurs, les qualités, les défauts et le parler de la population. Chaque année, quand le maire fera viser, au parquet, les registres de l'état-civil, il devra certifier que ces manuels sont entre les mains des mères et des nourrices de sa commune. Celles-ci enfin, quand leur enfant aura douze dents, devront les rapporter à la mairie, sous peine d'amende.

Ce serait simple et peu coûteux : il est donc à craindre qu'on ne le fasse jamais.

D. L. Viaud.

REPORTAGE MÉDICAL

Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Montauban, 7-14 août 1902.

Montauban le 15 mars 1902.

Monsieur et cher Confrère,

Le prochain Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences doit se réunir à Montauban le 7 août prochain.

Appelé à présider, cette année, la XII[e] Section (Sciences médicales), j'ai l'honneur de solliciter votre participation à ses travaux ; permettez-moi de compter sur votre précieux concours et de faire appel à tous vos efforts pour donner à nos séances tout l'intérêt scientifique possible.

Je vous serais obligé de me faire connaître, le plus tôt qu'il vous sera possible, les titres des mémoires ou communications que vous auriez l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session, qui paraîtra très prochainement, en contienne l'indication.

Tout en vous rappelant que, suivant nos traditions, la plus grande liberté vous est assurée pour le choix des sujets et solutions que vous pourriez proposer et soutenir, j'ai pensé, Monsieur et cher Confrère, qu'il serait désirable de voir figurer, cette année, à l'ordre du jour de notre Section, des questions du genre de celles que je vous transmets à titre d'indication sommaire :

1° Le vin, au point de vue médical et hygiénique ;
2° Nature et traitement du diabète sucré ;
3° Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

Dans l'espoir que vous voudrez bien concourir au succès de cette session, je vous prie, Monsieur et cher Confrère, de recevoir à l'avance mes remerciements et d'agréer l'expression de mes sentiments très distingués et très dévoués.

D[r] Bories,
Président de la XII[e] Section.
Membre du Concours médical.

Prière d'adresser les réponses soit à M. le D[r] Bories, 7, place d'Armes, à Montauban, soit à M. le Secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris (VI[e]).

Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes.

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863 et 19 octobre 1894 ;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et des 12 juin 1899 et 7 mars 1900 ;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 10 décembre 1901,

Arrête :

Art 1[er]. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le jeudi 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1[er] bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.)

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Trois professeurs, agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des facultés ou écoles de médecine de l'Etat.

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des Facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10 ;

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20.

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans.

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des caudidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5.— Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés. les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure ;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Art. 6. — Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera désormais soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 9 mai 1902.

WALDECK-ROUSSEAU.

ANNEXE DE L'ARRÊTÉ DU 9 MAI 1902.

En vertu du décret du 19 octobre 1894, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

CADRES	TRAITEMENTS
1° *Directeurs Médecins.*	
Classe exceptionnelle	8.000 fr.
1re classe	7.000
2e classe	6.000
3e classe	5.000
2° *Médecins en chef.*	
Classe exceptionnelle	8.000 fr.
1re classe	7.000
2e classe	6.000
3e classe	5.000
3° *Médecins adjoints.*	
Classe exceptionnelle	4.000 fr.
1re classe	3.000
2e classe	2.500

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Bourses de doctorat. — L'article 4 de l'arrêté du 15 février 1900, relatif aux bourses de doctorat en médecine à la Faculté de Médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

La valeur de chaque composition est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Diminution de la consommation de l'alcool. — Si l'on s'en rapporte aux statistiques du Ministère des finances, il y aurait à constater une diminution notable dans la moyenne individuelle de consommation de l'alcool chez nous depuis quatre ans. Ce chiffre serait passé de 5 lit. 08 en 1898 à 3 litr. 83 en 1901.

Il semble bien que l'augmentation de consommation du vin soit pour quelque chose dans ces résultats : mais il paraît aussi très probable que la campagne de la Ligue antialcoolique, dont les effets se continueront, a eu sa grosse importance.

Diplôme de docteur en médecine ne donnant pas droit d'exercer en France. — Depuis la circulaire Rambaud de 1897, il a été, paraît-il, délivré en tout et pour tout 8 diplômes de ce genre. Est-il assez démontré maintenant que l'étranger venait chez nous bien plus pour y exercer que pour s'y instruire ? On nous la bâillait belle quand on nous opposait la réputation de nos Universités comme chose à ménager : nous disions bien que cette phrase était à reléguer parmi les vieux clichés, et il nous plaît beaucoup, par respect pour la vérité, de constater que la démonstration est faite.

Faculté et Hôpitaux

M. Doléris, chef de service, commencera, le vendredi 6 juin, à 10 h. du matin, à l'hôpital Boucicaut, un cours théorique et pratique de gynécologie et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Concours d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux. — Séance du 23 mai : MM. Lombard, 17 ; Didsbury, 12 ; Courtade, 16 ; Gellé, 18. — *Epreuve orale.* — Séance du 26 mai : La Phlébite. MM. Lombard, 18 ; Courtade, 15 ; Gellé, 17 ; Didsbury, 12. — *Consultation écrite* : MM. Lombard, 25 ; Courtade, 27 ; Gellé, 20.

M. Lombard est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Concours de dentiste des hôpitaux. — Séance du 23 mai : MM. Robin, 17 ; Gires, 17 ; Lebedinsky, 17 ; Nogué, 18.

— Un concours pour cinq places d'internes titulaires et plusieurs places d'internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le lundi 30 juin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur VIBERT, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 24. 14 JUIN 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

Souscription pour les victimes médicales de la Catastrophe de la Martinique.

(3e LISTE.)

MM. les docteurs :		
Alméras, de Montivilliers....	20	francs.
Syndicat médical des Deux-Sèvres..........	50	»
Guihal, de Chapelle-Basse-Mer	5	»
Courgey, d'Ivry..........	5	»
Goy, de Marseille..........	5	»
Chaudol, de Nice..........	3	»
Huret, de Veretz..........	5	»
Viaud, d'Agon..........	10	»
Bellencontre, de Paris........	5	»
Total....	108	»
Report des listes antérieures.	765	»
Total général.	873	«

PROPOS DU JOUR

La Maison de Santé médico-chirurgicale de la Plaine Monceau.

Nous soutenons, depuis plusieurs années, une lutte sans trêve contre l'hospitalisation abusive des malades aisés.

Mais, les doléances du corps médical se heurtent à mille mauvais vouloirs, à la routine, à l'indifférence, aux préjugés ; elles n'aboutissent pas assez vite à notre gré.

Compter sur les lois, les règlements, l'esprit d'initiative des administrateurs et des pouvoirs publics, c'est renvoyer aux calendes grecques la solution d'un problème, qui se présente avec un caractère d'impérieuse urgence.

Il faut agir, nous-mêmes, suivant notre habitude, une fois de plus.

Nos clients aisés qui, dans telle ou telle circonstance, ont besoin d'un traitement spécial doivent l'avoir au plus tôt à la portée de leur bourse, sans être réduits à se faufiler comme des voleurs dans les lits des pauvres, et à frustrer ainsi, par cette gratuité imméritée, les membres du corps médical, de très légitimes honoraires.

C'est tous les mois, au moins, on peut l'affirmer, que chaque praticien rencontre l'indication d'un de ces traitements spéciaux, sans pouvoir la remplir. Neurasthéniques, intoxiqués, hystériques, ankylosés, grossesses secrètes, ayant à se terminer par un accouchement qu'on voudrait cacher honorablement ; enfin, et surtout, cas justiciables d'une opération de grande chirurgie, qui serait scabreuse à domicile, tout cela veut avoir satisfaction, et nous, médecins traitants, sommes non moins unanimes à le demander.

Mais comment ?

Par l'admission dans des maisons de santé dont la tenue, la salubrité, les usages, les prix de séjour, les ressources thérapeutiques et le confortable soient adaptées à nos vues, à celles de nos clients et à l'abri de toute suspi-

cion commerciale du client à l'égard de son médecin.

Il n'y a pas d'autre moyen ; nous avons donc résolu d'en user.

Nous nous sommes souvenus récemment qu'à l'Assemblée générale de 1896, vous avez adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Il est licite pour les médecins de se cons-
« tituer en Société aux fins de fonder et d'ex-
« ploiter directement, avec leurs ressources
« personnelles, les stations climatériques et
« hydrologiques, les maisons de santé et tous
« les établissements similaires. »

« *M. le Président.* — Je mets aux voix cette nouvelle rédaction. (*Adoptée à l'unanimité.*) »

Nous nous rappelons aussi avec quel enthousiasme vous avez répondu à notre voix quand nous vous avons dit : « Constituons, sous le nom de « Financière médicale » une forte caisse de défense professionnelle qui nous permettra la lutte par les grands moyens contre les résistances les plus difficiles à vaincre. » Ce jour-là, vous nous avez confié, avec vos votes, un peu d'argent, et vous nous avez autorisés à en user comme le dit cet article 2 des statuts :

« Art. 2.— La Société a pour objet de venir en aide par ses capitaux, à toute Société capable de servir utilement les intérêts du corps médical, fournir tout cautionnement auquel, soit ces Sociétés, soit leurs membres adhérents, pourraient être assujettis, s'intéresser directement ou indirectement à la création et au fonctionnement de Sociétés de cette nature. »

Forts de cette double manifestation d'une parfaite communauté de vues sur l'acte particulier de défense professionnelle, dont il s'agit ici, nous n'hésitons donc pas à vous répéter ce que nous avons écrit en tête de l'encartage que vous avez remarqué dans l'avant-dernier numéro du journal :

« *Les membres du Conseil de Direction du « Concours Médical » ont accueilli avec faveur l'idée de création d'une nouvelle maison de santé à Paris, conçue suivant les idées des praticiens.*

Il arrive trop souvent, en effet, qu'un médecin se trouve dans la nécessité d'envoyer à l'hôpital des malades aisés, mais qui ne peuvent aborder les maisons de santé, dont les prix sont trop élevés.

La maison de santé du Docteur Rous qui comportera des chambres depuis 10 francs par jour permettra de combler cette lacune et de donner satisfaction à un grand nombre de nos confrères.

Nous engageons donc nos lecteurs à souscrire à la création du Docteur Rous, car, après examen sérieux de l'affaire, notre conviction est que, c'est là une opération où leurs capitaux ne courent pas de risques mais qui, au contraire, donnera des résultats, dont ils auront à se féliciter à tous les points de vue. »

Mais, nous ne terminerons pas cet appel, sans vous adresser la même recommandation que jadis, et nous vous dirons que notre désir se formule ainsi :

Petites souscriptions, nombreux souscripteurs.

Le Conseil de Direction.

FEUILLETON

Le Furoncle et l'Acné

Fantaisie rimée sur un fait-divers dermatologique,
Lue au Banquet du Syndicat Médical de Nice
le 7 mai 1902

Vous avez tous appris le Chêne et le Roseau,
Chers Collègues, veuillez m'excuser si j'ose, au
Jour de notre banquet, conter, d'après nature,
Une pathologique et pareille aventure,
Dont un récent Congrès
Vient de faire les frais.

Donc, c'était un Congrès dit de « Dermatologues »,
Fort savants médecins que les bons pédagogues
Ont ainsi baptisés, mais que, plus familiers,
Carabins et docteurs entre eux disent « Peauciers »,
Gens spécialisés qui tentent l'impossible
Pour guérir les clients d'épiderme sensible.
La salle était parée ainsi qu'aux plus beaux jours :
Des sièges du bureau flamboyait le velours,
Tandis que des fauteuils, en molesquine verte,
En bon ordre attendaient de graves assistants.
Déjà l'on arrivait ; encor quelques instants,
La séance serait ouverte.
Dans le fond du local, comme un groupe égaré,
De profanes un lot douleux s'était garé,
Profanes qu'en argot médical on appelle
« Sujets », soit porteurs d'une infirmité nouvelle,
Soit mis à neuf par des soins quintessenciés,
Tous, célébrant bien haut la gloire des Peauciers. —
Au premier rang, drapé dans sa pourpre vivante,
Tel qu'un phare dardant ses feux sur l'horizon,
Ou qu'un volcan hautain, rutilante prison
Du flot dense et doré de sa lave mouvante,
Le Furoncle exultait.
En propos fanfarons sa jactance éclatait.
Il était, disait-il, éruptif de mérite,
Ayant, depuis jadis, aux membres des Congrès,
Prouvé par *a* plus *b*, la nature inédite
De sa genèse, due à des ferments secrets
Du colon ; voire même un docteur émérite,
Le sien propre, fervent adepte du progrès,
Pour la première fois, en discutant sa glose,
Avait lancé le grand mot de « Furonculose ».

Tandis que, pérorant comme un savant en *us*,
Notre orateur suivait sur sa pente glissante
L'autosuggestion, près d'un vieux Pemphigus
Il remarqua l'Acné, timide et rougissante,
Comme l'on sait.
Elle ornait de rubis le nez d'une matrone,
Que son pinceau subtil savamment rosaçait.
Tout autour rayonnaient, fantaisiste couronne,
Les points, d'un noir bleuté, des comédons fluets :
Tel un coquelicot en triomphateur trône,
Quand Messidor lui fait une cour de bluets.
Le Furoncle aussitôt l'apostropha : « Ma chère,
« A vous voir en ces lieux on ne s'attendait guère ;
« Dans ces réunions *di primo cartello*
« Aux augures il faut un séduisant tableau

LA SEMAINE MÉDICALE

Lenteur et arythmie du pouls chez l'enfant.

M. le Dr *A. Jacquier*, de Chapelle-Voland (Jura) a étudié, dans sa thèse inaugurale, les modifications de rythme transitoires du pouls chez l'enfant. Voici les résultats principaux de ses recherches :

1° Le pouls de l'enfant est fréquemment irrégulier et ralenti, même à l'état physiologique et en dehors des altérations organiques du cœur ou des centres nerveux.

2° On peut rencontrer le pouls lent et arythmique dans les conditions les plus diverses ; à la suite de l'administration de certains médicaments comme la digitale ; dans les intoxications accidentelles (chloroforme, oxyde de carbone) ; dans les affections des voies digestives (constipation, diarrhée, gastro-entérite, dyspepsie, vers intestinaux, ictère) ; dans les dyscrasies héréditaires (arthritisme, obésité), ou acquises (anémie, chlorose, poussées de croissance) ; dans les névroses (chorée, incontinence d'urine, hystérie) ; — ou bien encore, au moment de la défervescence, dans les maladies infectieuses (grippe, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.).

3° Mais quelle que soit la cause invoquée, ce sont là des troubles fonctionnels passagers et sans importance, qu'il faut vraisemblablement rattacher à des modifications dans l'innervation cardiaque, et principalement à une action excitatrice sur les centres modérateurs bulbaires.

4° L'excitation est tantôt une excitation réflexe (arythmie physiologique, arythmie des névroses) : tantôt elle est due à la présence dans le milieu sanguin d'un élément toxique. La toxhémie peut être d'origine externe (médicaments, empoisonnements accidentels) ou d'origine interne (auto-intoxications pathologiques, dans les troubles digestifs, les dyscrasies, les infections).

5° Le ralentissement du pouls, au moment de la défervescence est un phénomène normal. Presque toujours en même temps, il y a de l'arythmie. Ces caractères du pouls s'accentuent pendant la convalescence ; ils persistent parfois assez longtemps, un mois et même davantage.

6° Lorsqu'ils sont très accusés, ils pourraient faire songer à une myocardite infectieuse ; mais ces signes n'ont de valeur que s'ils sont précédés ou s'ils s'accompagnent des symptômes caractéristiques de cette complication (signes stéthoscopiques, adynamie, algidité, vomissements, état syncopal).

7° En dehors de ces éventualités, le pouls ralenti et irrégulier de la convalescence ne doit inspirer aucune inquiétude. Il est au contraire d'un pronostic favorable et l'absence de ce symptôme critique doit faire redouter une nouvelle poussée de la maladie.

8° L'intervention thérapeutique sera commandée par la pathogénie. L'arythmie de la convalescence n'exige aucun traitement : elle disparaît spontanément ; s'il y avait menace de collapsus, on emploierait les toniques et stimulants habituels (strychnine, kola, quinquina).

Traitement électrique de l'impuissance sexuelle.

Nombre de traitements ont été préconisés contre l'impuissance sexuelle depuis la cantharide, le phosphore, la noix vomique, etc., jusqu'à l'électricité statique et galvanique, mais peu ont donné des résultats durables.

M. le Dr A. *Laquerrière* fait remarquer dans le *Progrès médical* que, si l'on a tant de fois des échecs, c'est par suite du manque de méthode.

Il n'y a pas, en effet, une impuissance, mais un

« De cas rares par leur beauté pathologique.
« La prétention n'est, après tout, que logique.
« Or si nous remontons aux jours du temps passé
« Où, du même terrain, dit « pilo-sébacé »,
« La nature nous fit éclore, en son mystère
« Qui de germes féconds ensemence la terre,
« Dans la peau des humains, qu'imprègnent des bouillons
« De culture ignorés, pères des bourbillons,
« Cousine, nos destins — souffrez que je le dise,
« Parce que c'est un fait et non pas vantardise —
« Furent peu ressemblants, sinon très divergents.
« Perdue aux chemins creux, où les petites gens
« S'enlisent dans l'ornière, et vraiment pauvre en sève,
« Vous n'avez pas osé le présomptueux rêve
« D'être un astre nouveau dans le ciel médical,
« Même quand votre pinceau pique
« Un pauvre appendice nasal
« De carmin, sur sa ronde bosse hypertrophique
« Que vous soyez simplex, cornée, indurata,
« Vous ne pouvez prétendre être inscrite au Gotha
« Des reines de la peau : j'ai, d'ailleurs, ouï cette
« Parole de Besnier — qui n'est pas une bête —
« Qu'à votre sujet tout travail original
« Ne saurait que porter l'empreinte du banal.
« Encore si, malgré votre allure un peu lourde,
« Vous couviez comme moi, des hôtes d'un virus
« Select, tels que l'albus, et surtout l'aureus,
« Au lieu de vos cocci, de vos spores en gourde,
« Et du bacille obscur et discuté qui n'a
« Point d'histoire et de nom, quoiqu'ait pu faire Unna,
« Peut-être pourrait-on garder quelque espérance
« Pour vous dans les progrès futurs de la science.
« Je regrette...

« — Mon cher, point de regrets pour moi, —
Riposta, sur un ton trahissant son émoi,
L'Acné, prenant ses airs pointus de circonstance, —
« Je vous le dis en vérité,
« Gardez votre pitié pour des gens plus minables,
« Vous qui sondez si bien les âges insondables,
« Et veuillez m'épargner cet excès de bonté
« Qui protège de haut ma modeste entité.
« Apprenez, beau cousin, que jamais je n'eus cure
« D'occuper des Congrès la scène à grand fracas ;
« En faisant mon chemin ainsi, sans embarras,
« Peut-être ai-je évité quelque mésaventure
« Si je n'ai, comme vous, un relief imposant
« Que, seul, notre oncle Anthrax dépasse en envergure,
« Et si je tente moins le couteau reluisant
« Des chirurgiens, pourtant, — je puis bien vous le dire,
« Au risque de vous voir répondre d'un sourire
« Et prétendre que ce sont là piètres exploits, —
« Remémorez-vous qu'à l'ordre du jour parfois
« On m'a mise en vedette,
« Sans que je fusse un trouble-fête,
« Quand l'unanimité des Peauciers proclama
« Qu'il est bien fils d'Acné, le grand Rhinophyma,
« Qui, du nez tubéreux jusques à la glabelle,
« Infiltre les rondeurs de sa grappe rebelle.
« Quant à votre aureus, ce microbe galbeux
« Qui cultive, aux aguets, au fond des chemins creux
« Du derme humain, en sa fringale anthropophage,
« Qui sait si, quelque jour, un vaillant microphage ?... —

A ce langage qu'il jugeait impertinent,
Maître Furoncle allait répliquer vertement,

certain nombre de cas d'impuissance, qu'on peut grouper en trois catégories.

Dans une première catégorie, on peut ranger les impuissances de causes anatomiques. Tantôt elles sont causées par un vice de conformation soit congénitale, soit traumatique des organes génitaux. Ici l'électrisation ne saurait être employée; tout au plus pourrait-on, dans quelques circonstances exceptionnelles, songer à utiliser la dilatation électrolytique (procédé d'électrolyse lente de Neumann) pour remédier à certaines anomalies de forme du canal uréthral. Tantôt la lésion anatomique siège dans le système nerveux central ; les électrothérapeutes, au moins les électrothérapeutes français, tendent de plus en plus à abandonner le traitement des maladies cérébrales ou médullaires qui, durant un certain temps, leur était assez facilement confiées. Il est vrai que, dans certaines des affections du système cérébro-spinal, il y a. à côté des troubles définitifs causés par les lésions anatomiques constituées, des troubles fonctionnels, liés vraisemblablement à des phénomènes congestifs se produisant au voisinage des points atteints ; on peut en effet constater la disparition de tel ou tel symptôme limité sans l'intervention d'aucune médication.

L'électrisation, et en particulier, l'électrisation du rachis, serait-elle très capable de favoriser le retour fonctionnel des territoires qui ne sont pas irrémédiablement frappés. C'est une question tout entière à l'étude ; mais il n'y a eu jusqu'à présent aucune observation démontrant une action favorable d'un courant sur l'anaphrodisie du tabes ou d'une maladie de même genre.

Une deuxième catégorie peut être constituée par les impuissances résultant d'une modification de l'état général et renfermer les affections causées soit par une intoxication accidentelle ou chronique, et l'influence d'un grand nombre de substances sur la sphère génitale reste à préciser, soit d'une maladie dyscrasique comme l'obésité, le diabète, l'albuminurie, soit enfin d'un état de déchéance de l'organisme, par exemple, de la tuberculose avancée, des cachexies diverses, etc.

Dans tous ces cas, il y a à traiter, avant tout, la cause et il n'y a pas à proposer une médication électrique pour l'impuissance. Ce n'est pas à dire que l'électricité n'ait jamais à intervenir; la statique, les hautes fréquences, le bain hydro-électrique pourront trouver en nombre de circonstances leurs indications ; mais seulement pour stimuler la nutrition, activer les échanges, relever les forces, en un mot, pour agir sur l'organisme entier.

Un terme assez vague permet d'englober dans une troisième catégorie une série de cas dont l'étiologie vraie est souvent difficile à dépister exactement. On peut les appeler les « impuissances d'origine nerveuse. » Ici se placeraient les troubles de nature psychique, comme ceux qu'on constate chez des sujets atteints à un degré plus ou moins marqué de manie du doute, les défaillances des hystériques et des neurasthéniques, les impuissances émotives et enfin l'impuissance essentielle, si tant est qu'un sujet normal présente sans cause de l'impuissance.

Dans ces différentes variétés, il y a toujours une part psychique et il est fort difficile d'apprécier la valeur d'un traitement physique.

Mais, il est certain que les différents procédés d'électrisation, en tête desquels il faut citer le bain statique, qui calment le système nerveux, rétablissent le sommeil, ou ceux qui, comme la révulsion rachidienne par étincelles, relèvent la pression sanguine, peuvent procurer au malade une sensation de mieux-être qui devient une base sérieuse pour une *auto-persuasion* des plus profitables.

Dans le même ordre d'idées, il paraît évident que tout traitement capable d'augmenter la fré-

---

En rompant le caquet de l'aigre cousinette
D'un de ces mots cinglants que plus tard on regrette,
Quand le clairon d'un jeune coq
Plein de maestria, de chaleur et de vie,
La voix d'un consultant que chacun nous envie,
Se fit entendre : c'était Brocq.

« Elite des Peauciers, très éminents confrères,
« Vous qui nous apportez des cités étrangères
« L'esprit scientifique, au vol ambitieux,
« De tout progrès clinique avant tout curieux,
« Regardez, — disait-il, — sous sa chaude enveloppe,
« Ce cône, casqué d'or, habillé de vermeil,
« Ce Furoncle, sur terre à nul autre pareil,
« Qui rappelle à nos yeux étonnés le Cyclope.
« Au nombre des héros par Homère chanté :
« Quelle prestance ! Et que de majesté !
« Admirez-le, Seigneurs : saluons-le, vous dis-je ;
« Car s'il a le brio du Furoncle prodige,
« Si du Staphylocoque il prouve hautement
« La virulence, en riche épanouissement,
« Et vient en célébrer la plus belle victoire,
« Il va mourir ! Il meurt, tombant en pleine gloire.
« Furoncle ! Honneur à toi, pour la dernière fois !... —

« Je ne vous apprends pas, messieurs, qu'entre les lois
« Régissant les destins cachés de la matière,
« Le *struggle for life* est de toutes la première,
« Inéluctable en sa rigueur.
« *Væ Victis* ! Au vaincu féroce est le vainqueur.
« Partant, si pour l'amour de l'art mon œil admire
« Ce conquérant superbe à sa proie attaché,
« Depuis longtemps tous mes efforts avaient cherché
« A trouver les moyens de saper son empire.

« Je pense avoir atteint mon but, mais ce n'est qu'à
« Vous que je réservais ce nouvel *Eureka* !
« C'est encore à Pasteur que nous devons la cure
« Radicale du fier géant suppuratif,
« Au savant qui surprit l'âme de la levure
« Dans l'invisible grain du germe évolutif
« De la bière, où la vie en bulles d'or crépite.
« De cas bien observés, dont l'un m'est personnel,
« Je viens vous résumer sobrement une suite
« Qui, dans l'espèce, attend un vote solennel
« De votre aréopage, aux arrêts sans appel.
« Avant de commencer, permettez que j'ajoute
« — Les résultats pour moi ne laissant aucun doute —
« Qu'avec l'Anthrax si le Furoncle est condamné,
« La levure émoussa sa dent contre l'Acné. »

De son discours l'écho, dans la salle attentive,
Du Furoncle atterré sembla sonner le glas :
Le Cyclope vaincu, comme la sensitive
Touchée au cœur, déjà s'affaissait, flasque et las
D'une lassitude mortelle,
Tandis que fière, ainsi que la rose nouvelle
Qui s'ouvre aux chauds baisers du soleil de midi.
L'Acné se rengorgeait. — Et moi, des Congressistes
Parva pars, je redis, avec les humanistes,
Avec Littré, Pasteur, Nicolas, Bermondy,
Le mot toujours si vrai, l'historique parole,
Que le roc Tarpéien est près du Capitole
Sic transit gloria mundi !...

Dr Seney.

Nice, 7 mai 1902.

quence ou l'intensité des érections pourra au moins, si on lui dénie la possibilité de procurer par lui-même la guérison complète, être le meilleur adjuvant, en permettant au sujet de reprendre confiance en lui-même. Un certain nombre de méthodes électriques sont employées dans ce but et paraissent donner des résultats en moyenne satisfaisants. Il s'agit alors d'applications locales destinées à intéresser directement les régions génitales ou les nerfs qui s'y rendent. La faradisation, portée sur le gland, au périnée ou dans le rectum, conduit parfois au résultat cherché ; la révulsion par étincelles au niveau des lombes compte aussi un certain nombre de succès.

Enfin, le courant continu employé en plaçant le pôle positif au périnée et le négatif aux lombes, est, de tous ces procédés, celui qui réussit le plus souvent ; il est particulièrement utile pour modérer l'irritabilité réflexe et retarder l'éjaculation prématurée ; le Dr Tripier a essayé de réveiller l'influence médullaire par des applications de courant continu faites du sacrum à la nuque ; et dans son travail « *Anaphrodisie et spermatorrhée* » il rapporte un assez grand nombre de faits où l'influence du courant ascendant (le courant descendant employé exceptionnellement ayant paru plutôt funeste) s'est montré manifestement favorable.

« Apostoli a repris le même procédé, mais en cherchant à augmenter considérablement les doses électriques, qui jusque-là avaient varié le plus souvent entre 10 et 20 milliampères.

« Le dispositif, dont il se servait est le suivant : Deux larges électrodes en terre glaise, analogues à l'électrode abdominale qui sert en gynécologie, sont appliquées l'une sur le sacrum et les régions fessières, l'autre sur les parties postérieures et latérales du cou et les épaules.

« Le pôle positif est toujours placé en bas. Le courant est débité lentement, progressivement, sans aucune secousse, grâce au réducteur de potentiel de Gaiffe.

« On peut ainsi, chez des individus à sensibilité normale, atteindre des intensités de 100 à 150 et même 175 milliampères, dose qui est facilement tolérée durant 10 minutes chaque jour si les électrodes de terre glaise sont bien faites.

« Il semble qu'il y ait intérêt à se servir d'intensités aussi élevées que possible avec l'électricité comme avec tout autre médicament : il est certain que la diffusion électrique restant la même, l'organe qu'on veut atteindre est traversé par un courant d'autant plus fort que le courant total traversant l'organisme est lui-même plus intense.

« D'autre part, en employant des électrodes aussi grandes, on intéresse des régions du corps étendues et il en résulte d'abord une action plus marquée sur l'état général (modifications de la circulation, modifications des échanges nutritifs, etc.), lorsqu'il y a lieu de rechercher un effet de ce genre, ensuite des réactions sur plusieurs organes voisins ; dans l'impuissance, il semble utile d'agir à la fois sur la moelle, les racines rachidiennes, et les plexus abdominaux.

« En résumé, on peut jusqu'ici admettre que la voltaïsation ascendante du rachis augmente la faculté d'érection chez les sujets qui ont une défaillance de cette faculté. Aussi doit-on essayer ce procédé contre l'impuissance sexuelle, soit qu'on cherche en lui un agent curateur par lui-même, soit qu'on veuille seulement rendre au sujet confiance en lui-même et lui donner un appui pour un travail psychique, qui est nécessaire dans bien des cas. »

L'hypnotisme employé pour l'éducation des enfants vicieux et dégénérés.

Revenant sur une précédente communication à la Société d'hypnologie, M. le Dr Bérillon a parlé au congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam des bienfaits de l'hypnotisme comme éducateur des enfants vicieux et dégénérés, en particulier chez les kleptomanes, les onanistes, les pervertis moraux et les onychophages.

La mise en œuvre de la méthode hypno-pédagogique, en apparence assez simple, nécessite de la part de l'opérateur une certaine compétence et des aptitudes spéciales. Nous estimons même qu'elle est une opération d'ordre essentiellement médical et qu'elle gagne à rester sous la direction d'un médecin neurologiste ou psychiâtre.

Il convient également de limiter les applications au traitement des enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, en un mot, aux enfants qui sont réfractaires aux procédés habituels d'éducation.

La méthode n'est applicable ni aux idiots, ni aux imbéciles, ni aux sujets atteints de débilité mentale. Son efficacité est en rapport avec le degré de développement intellectuel du sujet.

Les impulsions instinctives et automatiques, qui disparaissent facilement chez les individus normaux sous l'influence de l'éducation, se montrent d'une extrême ténacité chez les dégénérés. Chez ces sujets, pour obtenir une transformation favorable, la suggestion à l'état de veille, quelle que soit l'autorité de l'éducateur, se montre impuissante. Au contraire, la suggestion acquiert une remarquable efficacité lorsqu'elle est faite dans l'état d'hypnotisme.

M. Bérillon considère donc que dans l'application de la méthode hypno-pédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par son intervention sont durables.

Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique utilisée par des médecins expérimentés est d'une innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

Le Massage vibratoire dans les affections cardiaques.

La Revue de Cinésie publie une analyse d'un très intéressant travail sur les heureux effets du massage vibratoire dans les affections cardiaques : ce travail est dû à M. Siegfried.

D'après cet auteur, tous les cardiaques soumis au massage vibratoire ressentent une impression agréable, une sensation de chaleur. A l'examen, on s'aperçoit que la peau a rougi à l'endroit où la pelote vibrante a été appliquée et qu'elle est chaude au toucher. Les effets réflexes obtenus sont plus importants et consistent en un ralentissement du pouls manifeste déjà au bout de 2 minutes de marche de l'ap-

pareil (4 à 6 pulsations au moins) chez l'individu bien portant ; chez les cardiaques, cette action est ou bien encore plus marquée ou bien absente. Cette influence de la vibration est réflexe, car on l'obtient tout aussi bien en appliquant la pelote sur la région rachidienne (vertèbres dorsales supérieures) ou sur le creux épigastrique. On peut, d'un autre côté, augmenter l'effet en plaçant la pelote sur le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien (action directe sur le pneumogastrique), ce qui démontre que le ralentissement du pouls est dû à une excitation des nerfs d'arrêt du cœur et non à une paralysie des nerfs accélérateurs.

Les tracés sphygmométriques indiquent que le massage vibratoire augmente dans une assez forte proportion la tension artérielle : la méthode ne saurait donc être employée dans les cas où ce phénomène pourrait constituer un danger pour le malade. Dans l'arythmie, les résultats sont très remarquables, et la dyspnée est influencée dans le même sens.

En résumé, la vibration devra toujours être modérée, limitée à certains cas (tachycardie, myocardite, dilatation du cœur). Elle possède le grand avantage d'être un moyen thérapeutique agréable au malade ; l'action est malheureusement de courte durée.

La vibration est contre indiquée dans l'artério-sclérose avancée, l'anévrysme, dans tous les cas en un mot où une augmentation brusque de la pression sanguine doit être évitée.

Les silicates dans les hypertensions, dans le diabète, dans l'artério-sclérose.

M. le Dr *Décène-Olivier* (de Caille, A.-M.), nous communique plusieurs études qu'il a faites sur l'action des silicates de soude et des fluosilicates de magnésie associés au carbonate de lithine, contre les hypertensions artérielles, le diabète et l'artério-sclérose.

L'action de ceux-ci est double ; ils agissent à la fois sur les troubles digestifs et sur la stase des veines abdominales.

Par leur propriété tonique et vivifiante, ils combattent l'inertie de la muqueuse et calment l'irritation nerveuse. Par la faculté dont ils jouissent d'empêcher énergiquement les fermentations alimentaires, ils s'opposent à la formation d'une grande quantité de toxines nuisibles.

Les silicates, contre toute prévision théorique, sont aussi actifs, sinon plus, à l'état pulvérulent qu'en solution. Cependant, c'est sous cette dernière forme qu'il faudra les faire prendre pour un long usage, lorsqu'il s'agit de modifier les tuniques des vaisseaux altérées dans leur structure par des hypertensions déjà anciennes, ou même donner aux échanges nutritifs une impulsion nouvelle.

La poudre de silicate comprimée en pastilles, — rappelant par leur goût celles de Vichy, — sera réservée pour combattre les troubles digestifs ainsi que les angiospasmes rapides qui se produisent au cœur ou à l'estomac par suite d'une vive émotion.

Les silicates n'ont pas d'effet sur les glandes qui sécrètent les sucs digestifs. Ils agissent par leur contact direct avec les aliments ingérés et sont sans action lorsqu'on les fait prendre par la voie rectale. Leur complète innocuité ne peut provenir que de ce fait qu'ils passent rapidement dans les déjections sans s'accumuler dans l'organisme.

Les silicates en solution, pris à la dose de trois cuillerées à café par jour, ont pour premier résultat une augmentation de l'appétit et le relèvement des forces.

Ces sels ont une réelle efficacité antizymotique, dans les fermentations anormales des voies digestives, et agissent aussi comme antiseptique — par une voie inconnue — dans la fièvre typhoïde et dans les dysenteries et les diarrhées infectieuses.

Les expériences futures permettront d'établir, d'une façon précise, leur mode d'action dans chaque cas particulier d'infection.

Les silicates seront encore utiles dans les maladies de cœur, pour éviter l'encombrement du réseau vasculaire qni tend à arrêter les battements de cet organe.

Quant aux doses, elles ne doivent pas être trop considérables ; leur absorption deviendrait plus difficile.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse.

(Pratique du Professeur Pinard.)

M. le professeur Pinard vient de consacrer plusieurs leçons à l'étude des vomissements de la grossesse. Il expose longuement, tout d'abord, les idées qu'il défend depuis nombre d'années sur la pathogénie de cet accident si fréquent et quelquefois si grave de la gestation. L'état de grossesse, dit-il, provoque chez la femme une modification profonde de l'organisme, une transformation se traduisant cliniquement par une longue série de troubles de la santé, changement de caractère, nervosité, dermatoses, lésions nerveuses diverses, ptyalisme, vomissements simples et légers, ou graves et incoercibles, albuminurie, éclampsie, etc. Un fait important domine cette symptomatologie presque entière : les phénomènes morbides en question sont unis les uns aux autres par un lien étroit, une base, une source pathogénique commune. Tous relèvent d'une origine toxique, d'une *auto-intoxication gravidique*, comme l'a dénommée M. Pinard.

Du fait de la grossesse, la femme s'imprègne de toxines et subit un véritable empoisonnement passager dont le point de départ est probablement l'ovaire. Cette auto-intoxication gravidique se traduit par des signes et des lésions multiples ; elle porte sur la plupart des organes, sur le tube digestif, d'où ptyalisme et vomissements ; sur le rein, d'où albuminurie ; sur le système nerveux plus particulièrement.

Le professeur Pinard s'attache à démontrer que :

1° L'auto-intoxication est réellement la cause des troubles morbides ci-dessus énoncés ;

2° L'auto-intoxication frappe, avant tout, le système nerveux.

La preuve de l'empoisonnement gravidique se trouve dans les expériences précises des physiologistes, les mémorables travaux de Bouchard par exemple, qui a pu, en donnant à des ani-

maux une alimentation plus ou moins riche en viande et en produits carnés, déterminer, à volonté, une auto-intoxication et la plupart des symptômes habituels de la grossesse : ptyalisme, vomissements, amaigrissement, etc.

D'autre part, l'intoxication porte sur le système nerveux. L'analyse des signes morbides le démontre. Le caractère spécial des vomissements, la sialorrhée parfois profuse qu'aucune lésion des glandes salivaires n'explique, l'abondance, enfin, et la diversité des phénomènes pathologiques du système nerveux lui-même sont des indications suffisantes. Les lésions nerveuses peuvent être non seulement fonctionnelles mais également anatomiques. Desnos, Joffroy et Pinard ont décrit un cas très net d'atrophie musculaire, d'origine gravidique, chez une femme sans antécédents hystériques, mais fille de goutteux. Enceinte une première fois, elle avait eu des vomissements graves qui cessèrent au quatrième mois. Une seconde grossesse ramena les vomissements contre lesquels Desnos essaya, en vain, toute la pharmacopée usitée en pareille circonstance. Un jour, on remarqua que la malade présentait, à la main, de l'atrophie musculaire. Eu égard à la persistance des vomissements et à la rapidité de l'amaigrissement l'avortement artificiel fut décidé et pratiqué. Peu à peu l'amélioration de l'atrophie se produisit mais au bout de 18 mois la femme succomba avec tous les symptômes d'une intoxication complète du système nerveux.

Revenons aux vomissements de la grossesse. Quelle que soit leur bénignité apparente, ils n'en dénoncent pas moins une auto-intoxication gravidique. Une femme enceinte qui vomit est toujours une femme empoisonnée par des toxines issues de son propre organisme. C'est un tort grave que de traiter, comme il arrive souvent, par le mépris, les nausées et les vomituritions du début de la gestation. Il faudrait saluer dans la rue, a-t-on dit, toute femme enceinte; il est bon d'ajouter que jamais on ne fera trop pour elle, et cela dès le commencement, dès l'apparition des premiers signes.

Les vomissements se montrent, en général, d'assez bonne heure. Il existe des exemples où ils ont été tout à fait précoces. Telle la femme de Montgommery, qui eut son premier vomissement 3 jours après son mariage. Dans un grand nombre de cas, heureusement, le centre vomitif n'est pas profondément touché ; nausées et vomituritions s'atténuent peu à peu et spontanément, pour cesser après quelques mois. L'organisme sort victorieux contre l'auto-intoxication. Toutefois, il est à cette règle de trop nombreuses exceptions. On voit alors la malade perdre ses forces, les rejets alimentaires s'aggraver, devenir incoercibles et, si on n'intervient pas à temps par une médication appropriée, la mort peut s'ensuivre.

Depuis Paul Dubois, l'évolution des vomissements dits incoercibles de la grossesse a été subdivisée en trois périodes, en trois phases progressives, une d'amaigrissement, une seconde fébrile, une troisième d'hallucinations, de délire, de coma se terminant par la mort. Il est un signe dont l'importance est capitale pour le pronostic et le traitement : c'est le pouls. Appelé auprès d'une femme enceinte qui rejette toute alimentation, sur quel phénomène appréciera-t-on la gravité du cas ? Est-ce sur l'amaigrissement ? Nullement. De suite montrez-vous clinicien, dit le Pr Pinard. Avant de répondre, prenez le pouls. Il est normal, c'est bon, le centre vomitif est seul touché ; calmez les inquiétudes de la famille et dites que vous sortirez vainqueur de la situation; vous voyez combien je m'engage. Le pouls par contre, dépasse-t-il 100, le cas est sérieux, quelle que soit l'intolérance stomacale. Ce ne sont pas les symptômes bruyants qui doivent réellement alarmer. Ils peuvent donner de l'amaigrissement, mais nous sommes à même de lutter contre celui-ci. Ce ne sont pas, non plus les phobies, les troubles cutanés qui guideront le pronostic. La seule chose capable de renseigner réellement sur le degré d'intoxication du système nerveux, c'est l'état du pouls (je ne dis pas la fièvre, car la température est parfois abaissée avec un pouls très élevé). Dépasse-il 100 pulsations, et malgré le traitement arrive-t-il à 110, 120 ou au-delà, le médecin est d'avance presque vaincu.

Pour en finir avec cette étude symptomatologique, je devrais dire qu'il y a des femmes chez lesquelles les vomissements s'arrêtent et qui meurent néanmoins. Malgré la disparition des troubles stomacaux, l'intoxication à point de départ ovarien persiste. Celle-ci est, effectivement, le phénomène capital, dont le vomissement n'est qu'une simple conséquence.

Vous direz et dites peut-être : qu'importe la question théorie, le point important est la conduite à tenir, la médication à instituer. Eh bien ! c'est précisément par le côté théorique que nous arrivons au traitement. La thérapeutique résultant de la pathogénie est ainsi essentiellement rationnelle. Toute femme enceinte qui vomit est empoisonnée, auto-intoxiquée, disons-nous. Cette auto-infection est habituellement vaincue par les forces naturelles de l'organisme, mais elle n'en existe pas moins et reste toujours capable d'amener, d'échelon en échelon, la mort de la malade. Aucun vomissement de grossesse ne doit être traité à la légère. Puisque le mal relève de l'accumulation des toxines, il faut aider la patiente à éliminer celles-ci.

Deux moyens principaux sont à notre disposition :

1° Faciliter les émonctoires;

2° Introduire le minimum de toxines alimentaires dans la circulation.

Les émonctoires naturels sont constitués par la peau, les reins et l'intestin. On stimulera ces organes ; le premier par des frictions aromatiques, les seconds par le lait, le troisième par les lavements. Les toxines alimentaires, d'autre part, seront réduites au minimum grâce au régime. Je vous rappelle les expériences de Bouchard sur l'auto-intoxication par l'alimentation carnée. Nous sommes, en conséquence, conduits à supprimer les viandes dans les menus chez une femme enceinte atteinte de vomissements ou de tout autre symptôme de l'auto-intoxication gravidique. Vous ferez cette suppression progressivement et avec une rigueur variable suivant les cas. Commencez par ce que j'ai appelé le *régime blanc*, qui exclut les viandes rouges fraîches ou conservées. Il consiste en viandes blanches, en cervelles, ris de veau, lait, fruits, légumes cuits, poissons très frais et volailles. A propos de cel-

lcs-ci, précisez : pas de canard, ni de pigeon ; du poulet seulement, ou encore du dindon.

Dans les intoxications modérécs, le régime blanc suffit à triompher de l'état morbide et vous sortez aisément, grâce à lui, vainqueur de la situation. Si, malgré le régime, aucune amélioration ne se montre, si surtout il y a tendance à l'aggravation, débordés alors par l'intensité de l'intoxication, soyez de plus en plus sévères. Vous arrivez ainsi, plus ou moins vite, au seul aliment complet assimilé sans toxines, au régime lacté, médication par excellence de tout vomissement grave.

Ici, j'ouvre une parenthèse. Vous avez sans doute lu des observations de vomissements dits incoercibles traités et guéris par l'hypnotisme. Cela est exact et déjà, avant l'hypnotisme, on savait que, quelquefois, il suffisait d'un changement de milieu, d'un évènement moral quelconque pour déterminer la cessation des vomissements. De tels faits s'expliquent aisément en se reportant à la pathogénie. Lorsqu'une femme est auto-intoxiquée, il arrive un moment où le centre vomitif est touché, le déclanchement a lieu comme on dit. Plus tard, l'intoxication peut être disparue et malgré cela l'aptitude vomitive persister. On conçoit comment l'hypnose guérira de semblables cas.

Le régime lacté sera prescrit d'une façon méthodique. Le lait se prendra régulièrement et par faibles quantités. Voici une ordonnance que je fais volontiers en semblable circonstance :

1° Se lever tôt, autant que possible ;
2° Boire, toutes les 1/2 heures, une tasse de lait ;
3° Respirer de l'oxygène 4 à 5 fois par jour ;
4° Donner, tous les jours, un lavement composé de lait et d'un jaune d'œuf.
5° Faire sur le corps, tous les matins, une friction aromatique ;
6° Porter une longue chemise de flanelle.

Lorsque la douleur épigastrique est très vive on s'adressera avantageusement au chloral. Celui-ci, en raison de son action caustique, sera administré dilué, et par voie rectale. Vous ferez prendre 3, 4, 5, 6 grammes d'hydrate de chloral dans un lavement composé de 100 grammes de lait et d'un jaune d'œuf. On obtient ainsi une action sédative notable sur l'estomac. L'injection de morphine, malgré sa valeur calmante doit être rejetée de la thérapeutique des vomissements incoercibles car elle entraînerait rapidement la morphinomanie.

En face d'une femme enceinte qui vomit et souffre à chaque ingestion alimentaire, ayez recours au traitement dont je viens de parler. Après 15 jours, 3 semaines ou un mois de régime lacté, la situation, de deux choses l'une, s'améliore ou ne s'améliore pas. Si dans cette dernière éventualité le pouls reste bon, de fréquence normale, persistez. Point particulier : ce régime doit être appliqué avec autorité. Souvent l'entourage manque d'ascendant, imposez alors une garde-malade qui fera prendre le lait d'*autorité, montre en main*, une tasse toutes les demi-heures. Je pourrais citer bien des exemples de femmes ne pouvant pas, soi-disant, supporter la moindre tasse de liquide, qui arrivèrent par ce procédé à tolérer et à prendre le lait. Je me souviens, en particulier, d'une jeune personne, nièce d'un de nos confrères, chez laquelle l'avortement provoqué était demandé par la famille entière. Quinze jours après l'arrivée de la garde-malade, elle était au régime blanc ! Je puis dire que, chaque fois que ce traitement a été institué de façon méthodique, le pouls ne s'est pas accéléré et, malgré la misère de l'organisme, j'ai toujours vu alors les phénomènes pathologiques s'amender et disparaître.

Dans le traitement des vomissements incoercibles, il reste une dernière ressource : l'avortement provoqué. Malgré la gravité de la situation, même avec un pouls accéléré, l'interruption du cours de la grossesse peut encore sauver la femme. Le médecin ne doit pas désespérer. Il y a quelque 20 ans au moins, je reçus un jour une dépêche d'un de mes anciens élèves m'appelant en hâte auprès de sa sœur, mourante de vomissements incoercibles. J'étais à ce moment péniblement impressionné par deux décès consécutifs à des accouchements provoqués au cours de cet accident. Je venais de perdre deux malades, l'une le soir, l'autre le lendemain de l'opération. Quoi qu'il en soit, et après un long voyage (la malade habitait dans l'Orne, sur la ligne peu rapide de l'Ouest) j'arrivai auprès de cette femme dont l'état était particulièrement grave. Je la trouvai la peau sèche, le pouls fréquent, me demandant même un instant s'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde compliquant une grossesse. Je pratiquai l'avortement artificiel en introduisant une grosse bougie dans le col et en désinsérant l'œuf. Mon rôle étant fini, je revins à Paris. En arrivant, je trouvai un télégramme du frère disant que la situation s'était plutôt améliorée. L'œuf fut expulsé et, 15 jours après, la malade pouvait s'alimenter. Je termine donc en affirmant que, même dans les cas graves, l'accoucheur doit lutter et ne pas déserter le champ de bataille.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNECOLOGIE PRATIQUE

A propos de l'interrogatoire gynécologique,

par le Dr Paul Petit,
chirurgien de l'hôpital libre Saint-Michel.

Les femmes, interrogées sur leur santé, donnent rarement des renseignements « exacts. »

Elles me sauront gré d'adopter cette formule et de ne pas aller jusqu'à prétendre *qu'elles ne disent jamais la vérité ;* car *elles ont souvent l'intention de la dire* et, n'étaient les circonstances et l'entourage, *sans doute la diraient-elles toujours.*

Quand l'une d'elles se soumet à l'examen gynécologique, il arrive souvent qu'elle se présente accompagnée d'une parente, d'une amie fidèle, voire même du mari, et que ce soit le chaperon, homme ou femme, qui s'offre tout d'abord à instruire le médecin. S'il s'agit de la mère ou de la belle-mère, attendez-vous à un discours aussi long qu'inutile et, pourtant, mon cher collègue, gardez-vous de l'interrompre trop tôt, sous peine de vous faire juger, de prime abord, d'une façon plutôt défavorable !

Parfois, semble-t-il, d'ailleurs, que, de tout ce verbiage, il y ait quelques mots à retenir, quand la principale intéressée, prenant à son tour la parole, les contredit hélas ! et se contredit elle-

même, l'émotion aidant, autant de fois que vous lui en donnez l'occasion.

Si le mari est en tiers, ce peut être bien pis ! Suivant la mère, d'ordinaire, la patiente souffre beaucoup ; suivant celle-ci, sa mère exagère et les douleurs n'ont ni l'acuité, ni les caractères, ni la localisation qu'elle leur assigne. Vient enfin le mari : s'il est médusé par la belle-maman, il ne dira rien, tout en n'en pensant pas moins ; mais, s'il est moins résigné, peut-être affirmera-t-il « que sa femme n a rien »..... et souvent aura-t-il raison.

Ce premier orage passé, prenez en main le gouvernail de la conversation (comme dit M. de la Harpe dans sa « Maison flottante ») et avec le calme d'un bon nautonier, cherchez à la diriger dans le sens voulu ; autrement dit, procédez à l'*interrogatoire méthodique*. Celui-ci terminé, ne vous étonnez pas qu'il ne reste plus rien des *renseignements spontanés* que l'on vous aura donnés et c'est dans ces conditions que vous aller passer à l'*examen physique*.

Vos questions ont été si précises, la famille y a répondu, en chœur, avec un accord si parfait, que déjà, avant même de pratiquer le toucher, vous avez votre *présomption diagnostique* ; vous pensez, par exemple : « à un beau prolapsus » et le doigt vous répond « constipation » ; ou bien encore vous vous dites « c'est du cancer » et il ne s'agit que de *flueurblanchophobie* ou d'une *topoalgie* quelconque, c'est-à-dire d'un de ces délires partiels, à localisation génitale, qui sont si communs chez les femmes et font la joie et la fortune de tous les parasites de notre profession, pharmaciens, sages femmes et autres.

A ce moment précis de la consultation, il ne tient qu'à vous, si vous en avez le temps, qu'elle prenne une tournure vraiment épique.

Faites-moi le plaisir de renouveler vos questions, dans le sens des indications que vous donne le toucher : voici maintenant des réponses toute nouvelles et en complet accord avec votre examen. Mais, pour Dieu ! pas trop de zèle, n'insistez pas, n'articulez point, par exemple : « Ce n'est pas moi qui vous le fais dire ? » ou encore « En êtes-vous bien sûrs ? », sans quoi le cycle va se rouvrir et avec cette aggravation, cette fois, que gendre et belle-mère vont se prendre aux cheveux et si vous avez, en ville, rendez-vous avec un confrère, voilà votre belle réputation d'exactitude à jamais perdue !

Que mes lecteurs me confondent, si j'exagère en quoi que ce soit !

Il n'est rien d'aussi difficile, selon moi, que d'obtenir d'une femme ou de son entourage, un, « oui » ou un « non » tout nets, ou la même réponse pour une question identique posée, à deux reprises, à quelques minutes d'intervalle. Encore une fois je n'invente rien : voici des clichés pris au vol :

« Souffrez-vous en urinant, Madame ? » — Peut-être bien. — Mais il n'y a que vous qui puissiez le savoir. — C'est que, voyez-vous, M. le docteur, on est dure au mal..... » ; et la conversation peut continuer longtemps, sur ce pied, avec le même profit.

Une autre : « Vous m'avez donc dit, Madame, que vous perdiez beaucoup de sang ? — Monsieur, j'ai beaucoup d'inflammation, mais je ne sais pas si ça vient de la vessie ou du fondement ; il me semble seulement, quand j'écarte les jambes, qu'il me vient comme un gaz, et ça me soulage ». Je ne dis pas qu'une réponse pareille ne puisse mettre, à l'occasion, sur la voie d'une déchirure périnéale ; il ne faut pourtant pas s'y fier ; en tout cas, elle ne saurait vous édifier sur l'existence ou non de métrorrhagies, et attendez-vous parfois, pour en arriver à vos fins, à dépenser toutes les réserves de votre ténacité.

Ce n'est pas que je veuille nier l'efficacité de l'interrogatoire gynécologique : il est indispensable ; mais si habilement, si patiemment qu'on le dirige, il faut s'en défier, le considérer comme un adjuvant précaire de l'examen physique et ne pas hésiter, au besoin, à le reprendre de bout en bout, quand celui-ci est terminé et laisse subsister des doutes. Dans les cas difficiles, c'est ce second interrogatoire, éclairé et dirigé par les signes objectifs, qui seul doit faire foi, le premier ne comptant qu'à titre de simple entrée en matière.

On aurait tort cependant de ne pas y apporter tous ses soins, malgré les difficultés vécues dont je viens de donner l'image. On aurait tort aussi de ne pas accepter, avec philosophie, cette période confuse et mouvementée « *des renseignements spontanés* » qui suit le traditionnel « donnez-vous donc la peine de vous asseoir ». Il ne faut pas y voir seulement une soupape ouverte aux épanchements de la famille ; je rougis, pour nos maîtres, de tout ce que j'ai appris en y prêtant une oreille attentive.

Voici une jeune femme que l'on me présente pour une affection postpuerpérale. « Je suis bien sûre », me dit la maman « que ma fille n'a point gardé de délivre, car *elle a soufflé dans la bouteille* » et, comme j'ai probablement l'air un peu ahuri « Monsieur sait bien : une fois l'enfant sorti, pour avoir le délivre, on dit à la femme de se lever et on la fait souffler dans une bouteille ». Je dois avouer que je l'ignorais et que ce mode d'expression indirecte peut fort bien réussir ; dans la famille de cette dame on n'en avait jamais employé d'autre et avec une entière satisfaction. Prenez donc tant de précautions pour éviter le prolapsus !

En dehors de l'émotion bien compréhensible de la patiente (surtout quand il s'agit d'un premier début) et de l'esprit de contradiction qui règne parfois entre ses protecteurs naturels, il faut aussi tenir grand compte, dans l'interrogatoire et l'examen, de l'intérêt que l'on peut ou croit avoir à tromper le médecin. A ce point de vue, l'aplomb d'une femme, si frêle soit-elle, devant l'évidence même, dépasse parfois ce qu'on peut imaginer.

Une mère se présente, en larmes, avec sa fille toute souriante : « Croyez-vous, Monsieur, que nous avons du malheur ! Une tumeur ! A son âge ! Prenez bien garde en l'examinant ! C'est une jeune fille ». Or il s'agit d'une grossesse à terme et *le travail est commencé* ; mais impossible d'obtenir un acquiescement, même déguisé, à mon diagnostic. L'accouchement faillit se faire en fiacre.

Tout médecin a une collection de faits semblables par devers lui.

Tout médecin doit savoir se garer des hystérométries escomptées, et apprendre à dépister, par ses propres moyens, les fausses couches provoquées.

Tout médecin a pu constater dans le vagin des

corps étrangers qui n'avaient rien à y faire et sur la présence desquels on lui a donné des explications peu vraisemblables.

La femme est bavarde : soit. Mais quand elle est résolue à se taire, elle n'avoue jamais.

MÉDECINE LÉGALE

A propos des accidents du travail

Une nouvelle pathologie chirurgicale est née de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Les entorses s'éternisent ou se réveillent un an ou deux après la guérison, pour réclamer une prolongation ou une pension. Les fractures, même bien réduites, n'en finissent pas. Des rhumatismes ou des névralgies ont pour étiologie des chutes. Les ruptures musculaires, lumbagos, tours de reins, toujours occasionnés par de lourdes charges soulevées (certifient les témoins) sont interminables et se réveillent aussi après la reprise du travail pour réclamer une indemnité. Les durillons forcés ont pris de l'importance. Les hernies sont toutes causées par un travail trop fort, et les maladies confondues avec les accidents. Les opérations ont des suites éloignées que les chirurgiens ne soupçonnaient point. Les amputations de doigt ont acquis une gravité exceptionnelle. Nous avons vu des index gauche demander une rente viagère. Les raideurs articulaires consécutives à un traumatisme ne guérissent plus et exigent également une rente serieuse. Certains blessés guéris ne veulent plus rentrer à l'atelier sous prétexte qu'ils ne peuvent plus travailler et attaquent tout le monde. Nous en connaissons même qui ont refusé les offres des Compagnies qui voulaient faire soigner des impotences fonctionnelles suite de fractures, à l'institut de mécanothérapie, de notre ami et confrère le Dr Courtault. On dirait qu'ils préfèrent prolonger leur incapacité, rester infirmes même, que de guérir complètement. Bref ! les prétentions des blessés, qui existaient déjà, ont considérablement augmenté, comme nous le constatons chaque jour.

A quoi tient cet état psychologique de l'ouvrier blessé ? Nous pensons qu'il se sent plus protégé qu'autrefois par la nouvelle loi d'abord, (nous avons vu accorder 50 fr. de rente viagère à un enfant pour un bras cassé parfaitement guéri !) et qu'il se sent, ensuite porté aux revendications par le mouvement d'idées modernes (1). Mais, nous croyons que c'est surtout parce qu'il est sollicité, circonvenu, par une nuée d'agents d'affaires qui le trompent sur ses intérêts et ne se trompent point sur les leurs.

Combien nous en voyons qui laissent aux mains de ces tripoteurs l'indemnité totale à laquelle ils ont droit, et qui dans bien des cas eût été plus forte sans leur intervention ! Les agents d'affaires existaient déjà avant la loi de 1898 c'est entendu, mais moins nombreux, moins âpres au gain, moins outrés dans leurs réclamations.

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel des choses, nous croyons l'ouvrier suffisamment protégé par les tribunaux qui sont tous bienveillants à son égard. — Les patrons ne peuvent pas toujours en dire autant.

Les tribunaux compétents sont appelés à juger tous les différends, à former jurisprudence, à apprécier les cas si divers d'accidents, les degrés d'incapacité permanente, la diminution de capacité professionnelle, et surtout le degré de responsabilité des patrons.

Mais, les cas sont nombreux où, malgré les appréciations médicales, malgré les experts, il est difficile de se prononcer et d'affirmer qu'il s'agit d'un accident du travail.

Les coliques saturnines, les durillons forcés, les tours de reins, les hernies, les complications dépendant de varices, etc., sont l'objet de controverses et de jugements disparates. Il faut donc que les tribunaux mettent les choses au point et motivent leurs jugements d'une façon péremptoire. Le durillon forcé et les coliques saturnines ne peuvent pas être un accident de travail ici et considérés ailleurs comme une maladie.

Les complications variqueuses des plaies et les hernies ne peuvent pas être un accident dépendant du travail, si l'ouvrier est entré chez un patron avec des varices ou des hernies. Alors l'examen médical préalable s'impose.

La diminution de capacité professionnelle dans les mêmes conditions de lieu, d'existence, ne peut pas être non plus dissemblable.

Les tours de reins sont-ils oui ou non un accident ? Il y a tant de tours dans les tours de reins, que le médecin lui-même ne peut se prononcer. Et puis, dans les mêmes conditions, un ouvrier aura un tour de reins et l'autre n'en aura pas : question de tempérament.

Les juges de paix attachent une certaine importance aux témoignages dans les accidents. Jusqu'ici, il y a toujours eu des témoins et nous eussions été surpris qu'un camarade ne trouvât point de témoins même pour un faux lumbago. Solidarité, camaraderie. Qui n'en ferait autant ?

Mais voici que les juges de paix appelant par devers eux les témoins, dans n'importe quel accident, une réaction se produit.

Quand il s'agit d'un accident bien net, où la responsabilité est bien établie, à quoi bon, en effet, faire perdre une demi-journée à un ouvrier pour être entendu par devant le juge de paix ?

Et alors les ouvriers, pour éviter des déplacements onéreux, ne veulent plus être témoins !

La question des tours de reins se résoudra peut-être de cette façon, — les camarades refusant leur témoignage aux carottiers et dans les cas douteux, et le réservant pour les accidents sérieux seulement.

Mais ceci importe peu, — l'important, c'est d'établir une jurisprudence sur un bon nombre de cas usuels — et cela ne paraît pas devoir être fait de sitôt.

Les médecins eux-mêmes sont souvent embarrassés, mais pourtant, une jurisprudence d'ordre médical ne serait-elle pas préférable à toute autre et n'offrirait-elle pas plus de garantie ?

15 avril 1902.

Dr Courgey.

(1) D'autre part, il fait partie de plusieurs sociétés de secours mutuels et cherche à rattraper les jours de carence si préjuciables aux intérêts de tous.

HYGIÈNE

Régime et hygiène du diabétique,

Par le Docteur Brulard,
Médecin-consultant à Vichy.

Nous sommes loin aujourd'hui du régime strict, absolu, dont Bouchardat avait établi la formule. C'est qu'en effet nous avons acquis d'autres idées sur l'origine du diabète, son évolution et sa manière d'être. Il faut considérer cet état pathologique comme la manifestation d'une diathèse très voisine de celle de la goutte. Je ne parle ici, bien entendu, que du diabète floride, arthritique, faisant partie en un mot de ce groupe morbide désigné autrefois par Bouchardat sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition. Notre pratique quotidienne nous montre sans cesse quelle évidente connexité existe entre toutes ces affections, émanant d'un même état diathésique. Toutefois, la série des accidents multiples et variés auxquels préside l'arthritisme, le diabète et la goutte, semblent avoir une parenté plus étroite. Ils se succèdent volontiers l'un à l'autre ; et tous deux ont une prédisposition si marquée à l'artério-sclérose, que beaucoup de médecins y voient une relation directe et presque fatale.

Cependant, si la goutte est une maladie grave, susceptible d'altérer peu à peu les tissus d'organes importants et notamment celui du rein, elle permet parfois à ses victimes d'arriver à une grande longévité. Le diabète, au contraire, est d'allure plus rapidement néfaste. Ses complications ultimes visent spécialement le foie en déterminant de la cirrhose, ou le poumon en déterminant de la tuberculose.

De ce qui précède, nous devons conclure que le régime du diabétique doit avoir de nombreux points de contact avec celui du goutteux. Il faut laisser de côté les erreurs des anciennes doctrines, ne point s'acharner à supprimer la totalité des farineux et à prescrire les viandes noires et les boissons alcooliques. Ce serait hâter l'artério-sclérose, les altérations viscérales.

Actuellement, nous sommes tous d'accord sur ce point que, parmi les féculents qui doivent être tolérés, la pomme de terre doit jouer le premier rôle. Tout récemment, M. Mossé, de Toulouse, a fait à l'Académie de médecine et à la Société de thérapeutique des communications fort intéressantes sur ce qu'il appelle la cure de pommes de terre dans le diabète. Il en prescrit en effet d'énormes quantités, jusqu'à 1500 et 2000 gr. par jour, cuites à l'eau, en robe de chambre, en purée. Sous l'influence de cette alimentation, le sucre diminue. Je passerai ici sous silence la discussion qui eut lieu à ce sujet, et je me contenterai de rappeler l'opinion d'Albert Robin, qui attribue aux sels de potasse contenus dans la pomme de terre l'action favorable qu'elle peut avoir sur le phénomène glycosurique. Les expériences de Mossé sont précieuses pour nous, praticiens, et elles nous permettent de conseiller largement les pommes de terre à nos diabétiques. C'est là un point important ; car nous savons tous à quelles difficultés nous nous heurtons, lorsqu'il s'agit de faire suivre un régime à des malades qu'aucune souffrance ne tient en éveil et qui semblent avoir une prédilection marquée pour les farineux et les sucres. Nous continuerons donc comme auparavant à supprimer la plupart des autres aliments féculents, surtout sans oublier le pain, qui sera toujours remplacé par la pomme de terre et non par le pain de gluten. Au même titre que dans la goutte, l'oseille, les tomates, les aubergines, devront être évitées. Puis on fera un usage modéré des choux, choux-fleurs, épinards, asperges, haricots verts. Et au contraire nous prescrirons largement les salades cuites, laitues, endives, chicorée, puis le salsifis, le céleri, les artichauts, les cardes, les crones, les scorsonères, les topinambours, et enfin, comme nous l'avons dit, les pommes de terre en abondance. Les fruits seront interdits ; toutefois dans beaucoup de cas on pourra tolérer les fraises sans sucre, les cerises, et plus particulièrement la pomme.

Passons maintenant aux aliments que nous fournit le règne animal, et là nous pouvons presqu'identifier le régime du diabétique avec celui du goutteux. Il devra se composer d'œufs, de viandes blanches, de viandes rouges très cuites, de préférence rôties, braisées ou bouillies. Il faut éviter les sauces trop *civilisées*, surtout celles où il entre des truffes, des champignons, de la tomate. Mais j'insisterai en outre sur ce fait que nous devrons rigoureusement défendre le gibier, à part le perdreau et le faisan qui pourront être tolérés de temps en temps, à la condition d'être mangés frais.

Nous ne saurions nous montrer trop sévères sur ce point du régime. Et je connais bon nombre de diabétiques qui ne doivent leur affection qu'à l'abus de la bonne chère et en particulier du gibier.

Obéissant au même ordre d'idées, nous interdirons les poissons à chair colorée, surtout les poissons de mer, surtout aussi les crustacés, langoustes, crevettes, homards, écrevisses ; les moules et la plupart des coquillages. Les huîtres seront tolérées de temps en temps et en petite quantité.

Je n'ai pas à insister sur la défense que nous avons à faire des entremets et desserts sucrés. C'est une règle indiscutable, à laquelle il faut se soumettre.

Pour terminer cette rapide étude, nous passerons en revue les liquides qui seront permis au diabétique et ceux qui lui seront interdits. Beaucoup de médecins ont défendu le lait dans le diabète, en raison du sucre qu'il contient. D'autres l'ont prescrit systématiquement. Sans doute chez le diabétique jeune, qui n'a encore aucune manifestation scléreuse, chez le glycosurique, dont le sucre disparaît facilement sous l'influence du régime et des traitements classiques, on peut ne pas conseiller le lait. Au contraire chez le diabétique invétéré, qui marche vers les complications hépatiques ou rénales, vers l'artério-sclérose, le lait devient indispensable.

La plupart du temps nous pourrons permettre le café modérément, sans cognac et sans eau-de-vie. Le thé sera défendu. Quant au vin, l'usage en sera réglé selon les cas qui se présenteront à nous ; il sera néanmoins toujours modéré. On le choisira léger, peu alcoolique, blanc de préférence, largement coupé d'eau. Quelquefois même, nous devrons le défendre, si nous nous trouvons en présence de scléroses viscérales. Toutes les autres boissons alcooliques seront rigou-

reusement interdites, la bière, le cidre, les liqueurs et toute la série des apéritifs. Les vins soi-disant toniques sont généralement nuisibles, puisque le diabétique offre un terrain essentiellement prédisposé aux complications que l'alcool lui seul suffit à provoquer.

Je ne terminerai pas sans ajouter quelques mots sur les aliments spécialisés dans le diabète, tels que le pain et les pâtes de gluten, le chocolat sans sucre et sans farine, la saccharine, etc.. A mon avis, ils n'ont d'autre utilité que de donner aux malades l'illusion de mets qui leur sont défendus, ce que leur gourmandise peut leur faire regretter. Ils ont même parfois l'inconvénient de détraquer la fonction de l'estomac. En résumé, le régime du diabétique, tel qu'il vient d'être ébauché, n'a rien d'absolu. Il a ses nuances, qu'un examen attentif du malade et notre bon sens clinique doivent nous faire choisir.

J'ai réservé la question d'hygiène pour la fin de cet article, non pas que je la considère comme sans importance, mais parce qu'en somme nous la connaissons tous. Je me bornerai donc à rappeler que le diabétique doit se vêtir de façon à éviter les refroidissements, tout en laissant fonctionner la peau. Il portera de la flanelle, des tissus de laine légers. Depuis longtemps l'exercice physique au grand air est prescrit comme une règle. A la rigueur, si le malade, par sa profession, est astreint à une vie sédentaire, il aura la ressource de certains exercices en chambre, tels que escrime, boxe. Il existe aussi des appareils de gymnastique, de fabrication plus ou moins américaine, que l'on peut installer dans un appartement. L'hydrothérapie, les frictions au gant de crin, sont fort utiles ; et enfin les massages généraux nous offrent des avantages d'une supériorité si incontestable, que nous devons les placer en tête de toutes les pratiques hygiéniques. Il s'agit là d'un véritable procédé thérapeutique, qui combat l'artério-sclerose et peut même la prévenir.

L'hygiène dans les questions d'ordre moral joue un rôle également très important. Il ne faut pas oublier que la plupart du temps le diabétique fait partie de la classe riche et civilisée, trop civilisee peut-être. Il surmène volontiers son cerveau, son système nerveux. Or peines trop vives et plaisirs trop grands lui sont également préjudiciables. Prévenons donc nos malades et mettons-les en garde contre les dangers qui sont la presque inévitable conséquence du surmenage cérébral et sensitif.

Dr Brulard,
de Vichy.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de l'atonie gastrique par le massage.

Quelques données élémentaires sur la physiologie normale et pathologique de l'estomac sont nécessaires pour comprendre le rôle du massage dans le traitement de l'atonie gastrique.

D'après les recherches faites sur la motricité de l'estomac, on sait qu'aussitôt après le repas les parois stomacales se resserrent autour du bol alimentaire, grâce à une contraction tonique des muscles propres de cet organe. Cet état persiste environ pendant une demi-heure ou une heure. Alors commence le jeu des mouvements péristaltiques. Ces contractions, très faibles au début, augmentent bientôt d'intensité et de fréquence ; elles se localisent de préférence à la grande courbure, aux faces antérieure et postérieure plutôt qu'à la petite courbure, au pylore plus qu'au cardia. Ces mouvements péristaltiques ont une direction générale de gauche à droite ; ils sont d'autant plus marqués, qu'ils se rapprochent davantage du pylore, où ils cessent brusquement. Le pylore, qui reste fermé pendant toute la digestion ne s'ouvre qu'au moment où les aliments ont subi la digestion stomacale, où une vague péristaltique lance sous une certaine pression les masses liquides dans le duodénum. Le pylore se referme alors jusqu'à ce que une série de mouvements péristaltiques l'oblige de nouveau à livrer passage à une certaine quantité de matières alimentaires. Des expériences ont montré que certains facteurs physiques, tels que le massage général de l'abdomen, la faradisation, la gymnastique, les cataplasmes chauds ou froids, n'étaient pas susceptibles d'activer l'évacuation de l'estomac.

Sans entrer dans les détails de la pathogénie de l'insuffisance motrice de l'estomac, voyons ce qui se passe chez un malade atteint d'atonie gastrique. L'estomac atonique est celui qui, après une ingestion alimentaire, reste plus distendu, et plus longuement distendu que normalement : et ensuite ne peut évacuer au total son bol alimentaire. La poche gastrique se distend généralement en augmentant de volume dans sa partie inférieure, car la colonne vertébrale et les habits empêchent l'extension dans une direction antérieure ou postérieure, et que le poids même du bol alimentaire favorise cette dilatation inférieure. Ce sont donc les muscles inférieurs qui les premiers deviennent insuffisants.

Après un repas, la paroi gastrique, avons-nous dit, se resserre, dans les cas normaux, autour du bol alimentaire, grâce à une contraction tonique. Dans l'atonie, cette contraction est moins énergique, d'où l'apparition d'un gargouillement stomacal, à l'occasion des mouvements de la marche. Au bout d'une heure environ, commencent alors les mouvements péristaltiques, qui ont pour but d'élever vers le pylore le contenu gastrique, et de le faire passer au travers de cet orifice dans le duodénum. Le niveau occupé par le bol alimentaire baisse donc progressivement, et il arrive un moment où le bol stomacal, n'occupant plus qu'une faible hauteur, ne parvient plus à s'élever jusqu'au pylore, pour être évacué, mais reste dans les profondeurs de la poche gastrique. Cette rétention persiste d'ailleurs tant que le malade ne prend pas la position horizontale. L'estomac finit alors de se vider en quelques heures.

Les déductions thérapeutiques qui découlent de cet exposé, peuvent se résumer ainsi : il faudra fortifier la musculature insuffisante de l'estomac, et faciliter le mécanisme de l'évacuation gastrique. Eh bien ! d'après Meisl (*Wien-Klin. Woch.*, nos 16 et 17, 1902), nous devrons recourir dans ce but, non pas à un massage général de l'abdomen, dont nous avons indiqué plus haut l'inutilité, mais à un massage spécial de l'estomac. L'empirisme nous démontre suffisamment que ce procédé thérapeutique est capable de for-

tifier la musculature lisse de la poche gastrique. Pourra-t-il également exciter les contractions de l'estomac ? C'est là une question encore discutée ; mais on sait que, dans la sténose pylorique, il est possible, par un tapotement de la paroi gastrique, de produire des contractions de l'estomac, très visibles. Enfin on peut admettre, avec beaucoup de vraisemblance, que le massage est susceptible d'exciter le péristaltisme, ne fût-ce que d'une manière indirecte. En effet, comme les mouvements de l'estomac sont en rapport direct avec la sécrétion pancréatique, et que plus cette dernière est active et alcalinise rapidement le bol stomacal à son passage dans le duodénum, plus les mouvements de l'estomac augmentent d'intensité, il est logique de penser que le massage, activant la circulation du pancréas et par suite sa sécrétion, pourra influencer les mouvements de l'estomac d'une manière indirecte.

Puisque les effets de l'atonie se manifestent surtout à la fin de la digestion stomacale, en ce sens que les efforts péristaltiques de la musculature gastrique ne parviennent plus à évacuer par le pylore une certaine portion résiduale du bol alimentaire, le massage devra venir en aide à ces efforts impuissants, en ramenant le chyme vers le pylore et en l'y maintenant pendant un moment. Voici d'ailleurs la technique préconisée par Meisl, dans ce massage spécial :

Le malade est couché sur le dos, et l'opérateur se place à sa droite ; puis, les deux mains accolées, et repliées en forme de pelle, il effectue, en partant de l'arc costal gauche, et en suivant la grande courbure de l'estomac, des pressions progressives qui viennent aboutir au pylore. Chaque fois qu'il arrive à cette région, il fait basculer les deux mains du côté de leur bord radial, et il cherche ainsi à maintenir pendant quelques secondes en contact avec le pylore la portion de chyme qu'il a ramenée ; elle passe alors partiellement à travers l'orifice pylorique. Le reflux du bol alimentaire ainsi ramené se traduit par de petits gargouillements, mais il est contrarié, comme par un rempart, au moyen des deux mains appliquées contre la colonne vertébrale ; il se produit de droite à gauche. Lorsqu'on a répété quelquefois ces manœuvres dans la direction du pylore, brusquement on perçoit par les mains, au moment où l'on fixe le bol alimentaire, un gargouillement intense, qui va se perdre très manifestement vers la droite. Il est aussi perçu par le malade, et répond au flot, qui, dans les conditions normales, jaillit spontanément dans le duodénum grâce au péristaltisme stomacal. Quand un malade a été massé plusieurs fois, ce gargouillement apparaît plus tôt qu'au début de ce traitement.

Grâce à cette thérapeutique employée depuis quatre ans, Meisl a obtenu des résultats très satisfaisants dans les cas légers ou moyens d'atonie gastrique. L'auteur n'a pas encore suffisamment employé cette méthode dans les cas anciens (datant d'une dizaine d'années) pour pouvoir donner son opinion à leur égard.

Le massage est impossible à pratiquer quand la paroi abdominale est trop adipeuse, ou quand le côlon transverse est distendu par des gaz.

Les séances de massage ne doivent avoir lieu qu'au moment où l'estomac cherche spontanément à vider son contenu ; il semble alors très efficace. En dehors de cette période, la poche gastrique ne semble pas expressible, car le contenu stomacal aurait tendance à remonter plutôt vers l'œsophage. Le massage est également impossible pendant la première période de la digestion (quand l'estomac est contracté autour du bol alimentaire.)

Le moment favorable sera d'autant plus éloigné du repas, que l'atonie sera plus marquée.

Dans les cas les plus bénins, le massage devra être pratiqué environ une heure ou deux après un repas léger, cinq ou six heures après un repas important.

Contribution au traitement médicamenteux de la tuberculose.

Il paraît presqu'inutile et superflu, dans l'état actuel des choses, de parler du traitement médicamenteux de la tuberculose. Le régime hygiénique et diététique, celui des sanatoria surtout, a une importance capitale, universellement reconnue ; ses trois grands principes sont : le séjour au grand air, une alimentation animale abondante, et le repos.

Néanmoins, on ne peut méconnaître les bons effets des médicaments, et il ne faut pas oublier ce mode thérapeutique dans le cas particulier. Les préparations pharmaceutiques, qui ont permis d'obtenir les meilleurs résultats, sont, dit le docteur de Renzi, l'*ichthyol*, l'*ichtoforme* et le *salicylate de soude*. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 18, 1902).

L'ichthyol, ou mieux les préparations ichthyolées, prennent une place importante dans la thérapeutique moderne ; leurs effets bienfaisants dans la tuberculose ont été consignés dans des travaux français, allemands, russes et italiens, et de Renzi nous fait connaître les résultats qu'il en a obtenus dans sa clinique, à Naples.

L'ichthyol fut mis en expérience surtout dans les cas très graves ; son principal effet fut de diminuer le catarrhe bronchique : les sécrétions expectorées diminuèrent, et les bruits de râle devinrent moins nombreux dans la poitrine. En même temps, le poids du corps augmenta, l'état général s'améliora ; ce ne fut pas là un résultat d'ordre purement suggestif, car, loin de ne persister que les premiers jours de l'administration du médicament, il se manifesta et devint de plus en plus évident, tant que l'ichthyol fut prescrit. (Cette substance a le grand avantage de pouvoir être ingérée très longtemps par les malades, sans qu'il se produise le moindre signe d'intolérance ou d'accumulation.)

Cette augmentation de poids, traduisant une amélioration des échanges nutritifs, s'accompagna d'une élévation de la pression artérielle, qui indiquait un meilleur état de l'appareil cardio-vasculaire. L'influence du médicament sur la fièvre et l'expectoration bacillaire n'apparut que très lentement, si bien que chez un malade, qui présentait tous les signes d'une guérison complète, on trouvait encore des bacilles tuberculeux dans l'expectoration matutinale.

L'ichthyol peut aussi être employé chez les malades qui présentent des hémoptysies, ou seulement des tendances aux hémoptysies, car il est vaso-constricteur. Il doit remplacer dans les cas graves la créosote, si celle-ci n'est pas tolérée.

D'après son expérience, Renzi estime que, pour obtenir de bons résultats, il faut donner l'ichtyol pendant longtemps et à forte dose. Une solution d'ichthyol est préférable à des capsules ou à des pilules ; néanmoins il faut savoir dissimuler le mauvais goût de ce médicament. Après quelques essais, l'auteur s'est arrêté à la formule suivante :

Ichthyol ammoniacal...... 25 grammes
Elixir simple (pharmacopée américaine)............. 160 grammes
Eau distillée............. 60 grammes

ou encore,

Ichthyol ammoniacal...... 25 grammes
Eau distillée.............. } ââ 60 grammes
Alcool rectifié (80°)........ }
Sirop de citron............ } ââ 50 grammes
Sirop écorces oranges..... }

Une cuillerée à café dans un verre d'eau, une ou plusieurs fois par jour.

Voici d'ailleurs de quelle façon on règle la cure : La première semaine on verse une cuillerée de cette solution dans un verre d'eau, qu'on absorbe par moitié le matin et le soir. La deuxième semaine, deux cuillerées dans deux verres d'eau, en quatre doses, et ainsi de suite. La plus forte dose était de huit à dix cuillerées à café, c'est-à-dire environ 8 grammes par jour. Chez les malades de constitution robust e on augmente la dose tous les trois jours.

Une solution d'ichthyol, que les malades préfèrent encore est la suivante :

Ichthyol............... 10 grammes
Eau de menthe poivrée. 80 grammes
Sirop simple.......... 20 grammes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau ; à boire en deux fois.

Renzi a même donné jusqu'à 10 et 11 grammes d'ichthyol par jour, en augmentant chaque fois de deux cuillerées. Ces fortes doses ont été bien supportées par les malades. L'auteur a également obtenu de bons résultats de l'ichthyol en inhalations.

L'ichtoforme est un produit récent et encore peu connu. Il résulte de l'action de la formaldehyde sur l'ichthyol, et se présente sous la forme d'une poudre brun-foncé, qui serait préférable à l'ichthyol, puisqu'elle n'a ni saveur, ni odeur, mais qui est plus difficile à employer dans la pratique courante, en raison de son insolubilité. On l'emploie surtout dans les entérites tuberculeuses, pour ce qui est de la question que nous traitons.

L'ichtoforme se donne sans aucun inconvénient à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes, par prises de 10 à 30 centigrammes. Il semble avoir une influence heureuse sur les processus entériques de nature tuberculeuse. Il diminue les productions de gaz, les douleurs intestinales, les évacuations diarrhéiques, et par suite améliore l'appétit, augmente l'assimilation.

Le salicylate de soude est spécialement employé contre la fièvre des tuberculeux ; mais auparavant il faut s'assurer qu'il peut être administré sans inconvénients pour les forces et les reins.

L'auteur se servit de ce médicament pour les malades de sa clinique, et pour ceux de sa clientèle privée. A peu d'exceptions près, la température maxima, qui était de 39 ou 40° auparavant, tomba à près de 37° ; et la température moyenne, qui était de 38, ne fut plus que de 37°. Pendant cette apyrexie, due à l'action efficace du salicylate de soude, les injections de tuberculine restèrent incapables de produire une réaction dans l'organisme.

Dans les cas exceptionnels, où l'on n'obtint aucun résultat, il y eut à noter des complications particulières de la maladie. Dans les premiers temps de la cure au salicylate de soude, la température s'abaisse, ou atteint sa valeur normale ; néanmoins si on supprime brusquement le médicament, la fièvre reprend avec la même intensité ; aussi faut-il toujours entreprendre un traitement, qui doit durer plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois, pour obtenir une chute définitive de la température, et éviter une rechute au moment où l'on cesse le médicament.

D'une façon moyenne, l'auteur donna contre la fièvre une dose journalière de quatre à six grammes de salicylate de soude ; il a pu éviter les accidents d'intolérance, en faisant boire au malade après chaque paquet d'un gramme 200 à 300 grammes d'eau. On lutterait ainsi contre les effets de la vaso-dilatation périphérique, consécutive à l'ingestion du médicament, et on parerait à la dépression cardiaque, peut-être même à l'altération rénale. Lorsqu'il s'agissait d'une fièvre particulièrement intense, et rebelle, on donna exceptionnellement des doses quotidiennes de 8 et 10 grammes. La pression cardio-vasculaire, régulièrement mesurée avec le sphygmomanomètre de Riva-Rocci, ne changea pas durant l'administration de doses ne dépassant pas quatre ou cinq grammes ; on dénota une certaine diminution de la pression artérielle (10 à 12 mm. de mercure) avec l'ingestion de fortes doses de salicylate.

Comme conclusion de son travail, Renzi estime qu'il y a grand intérêt à employer l'ichthyol, l'ichtoforme, et le salicylate de soude dans le traitement de la tuberculose.

Dr Georges.

VARIÉTÉ

Pour la bibliothèque du médecin

Les études sur notre profession, quand elles sont lancées dans la librairie par une main profane, sont rarement assez exactes pour avoir vraiment leur droit d'entrée dans notre bibliothèque. C'est fait de chic, pour flatter le public avide de légendes et de mystères inquiétants ; cela ne répond pas aux questions de philosophie professionnelle qui nous préoccupent au cours de toute notre carrière.

Deux livres, au contraire, ont paru dernièrement qui nous ont intéressé beaucoup et nous ont fait penser, parce qu'ils sont sincères, parce qu'ils ont été vécus. L'un a pour titre : *Mémoires d'un médecin* ; c'est l'œuvre d'un confrère russe, dont les révélations ainsi jetées dans le grand public sous une forme saisissante, y ont produit grosse sensation. Montrant courageusement le fort et le faible de notre art, il a voulu donner aux profanes cette notion que, sans être ni les tout-puissants ni les impuissants

qu'on se plaît à nous représenter, nous passons notre vie à rendre à nos malades les plus grands services et que, pour y parvenir, nous avons à nous assimiler des connaissances d'une incroyable variété et d'une effrayante étendue. — L'autre ouvrage a déjà été par nous trop brièvement signalé. Il a paru sous le titre : *Souvenirs d'une doctoresse*, édité par E. Flammarion, et fut écrit par le Dr Pierre Boyer, de Brives-Charensac (Haute-Loire), un membre du Concours médical dont la plume élégante et facile s'était fait ouvrir jadis, quand il exerçait en Seine-et-Oise, les portes du *Figaro* et du *Temps*.

Sous une allure plus simple, mais avec l'attrait du roman, ce sont les mêmes questions, les mêmes problèmes de la vie professionnelle du médecin qui servent de thème à la réflexion.

Il faut lire en même temps, pour ainsi dire, les deux ouvrages : on se passionne à cette revue de nos souvenirs communs, des heures d'émotion, d'inquiétude, d'interrogation de notre conscience, de satisfaction du succès et aussi de cruels démentis à notre suffisance et à nos petites prétentions.

Nous souhaitons à nos confrères, pour les heures de loisir, le charme que nous avons trouvé à lire et méditer sur ces deux volumes de haute philosophie médicale. Ils ont pour les anciens la saveur des choses vécues : ils donneront aux jeunes de nécessaires leçons ; tous y trouveront, de plus, des éléments de réponse au questionnaire du Pr Mayet sur la réforme des études médicales, que nous leur avons récemment adressé.

H. J

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Société locale des Basses-Pyrénées.

Causerie de M. le Dr Delvaille (*de Bayonne*)

Le mardi 20 mai, à 4 heures de l'après-midi, notre distingué confrère, M. le Dr Delvaille (de Bayonne), secrétaire général de la *Société Médicale des Basses-Pyrénées*, et membre du Conseil général de l'*Association générale des Médecins de France*, a fait à la Halle, dans le local habituel de nos séances, une causerie sous le patronage de notre Société.

Il a brillamment exposé devant plusieurs de nos confrères le but poursuivi par l'*Association Générale des Médecins de France* et par les Œuvres diverses qui touchent cette Association.

L'*Association Générale* cherche avant tout à secourir *les Sociétaires* que l'âge, les infirmités, la maladie mettent dans l'impossibilité d'exercer leur profession ; les veuves, enfants et ascendants laissés sans ressources *par les Sociétaires* décédés. Elle comprend et agrège en un seul corps, sous le nom de *Sociétés Unies*, les diverses Sociétés locales qui poursuivent le même but de prévoyance et de solidarité.

Récemment, à l'*Association Générale* se sont adjointes deux Sociétés importantes : la *Caisse des Pensions de Retraite* et l'*Association Amicale des Médecins Français pour l'indemnité en cas de Maladie*.

La première sert à ses adhérents, moyennant une prime annuelle qui varie avec l'âge de l'intéressé, une pension de retraite annuelle et viagère dont le chiffre type est 1,200 fr., à partir de l'âge de soixante ans, et après quinze ans de participation, si le Sociétaire est entré après quarante-cinq ans.

La seconde a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres qui la composent, placés par un accident ou par la maladie dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.

Pour participer à une ou à l'autre de ces deux Sociétés, il faut faire partie de la Société locale (*Société Médicale des Basses-Pyrénées*), unie à l'Association générale.

M. le Dr Delvaille a donné ensuite d'intéressants détails sur l'œuvre du *Concours Médical* qui étudie les questions professionnelles et l'organisation des œuvres reconnues utiles à la profession médicale, et sur l'œuvre du *Sou Médical*, qui a pour but de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouvent lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber.

M. le Dr Delvaille a terminé cette intéressante causerie par un chaleureux appel à tous les confrères et notamment aux jeunes qui ont le plus grand intérêt à participer à des Œuvres de prévoyance qui peuvent leur être utiles un jour et à des Œuvres de solidarité qui honorent grandement leurs fondateurs et leurs adhérents.

(*Bul. de la Soc. méd. de Pau*) Dr L. G.

N. D. L. R. Nous ne saurions trop remercier M. le Dr Delvaille de son heureuse initiative. C'est encore par un acte qu'il a prouvé la communauté de vues qui l'unit à nous depuis vingt ans. Il a été de toutes nos bonnes luttes et continue à payer de sa personne. Nous savons qu'il est de ceux sur lesquels on peut toujours compter.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les récentes distinctions accordées, nous relevons les noms des membres du « Concours » suivants :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Coyrard, de Matha (Charente-Inférieure) ; Michalowicz, de Parçay (Maine-et-Loire) ; Lacaille, de Paris, Le Filliatre, de Villejuif.

Officier d'Académie. — M. le docteur Atgier, médecin-major de 1re classe, à Saint-Denis.

Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. — Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du ministre de l'instruction publique et de Guido Baccelli.

Président du Congrès : Professeur Ercole Pasquali (de Rome).

Président de la section d'obstétrique : Professeur Morisani (de Naples).

Président de la section de gynécologie : Professeur Mangiagalli (de Pavie).

Secrétaire général : Professeur Pestalozza (de Florence).

Membres du comité d'organisation : Professeur Calderini (de Bologne) ; professeur Gazzoni (de Messine) ; professeur La Torre (de Rome) ; professeur Negri (de Venise) ; professeur Truzzi (de Padoue).

Secrétaires : Professeurs Caruso (de Naples) ; Regnoli (de Rome) ; Rossi Doria (de Rome).

Trésorier : M. Cesare Micheli, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1° Les indications médi ales à la provocation de l'accouchement, par MM. Barton-Cook-Hirst (de Philadelphie) ; Hofmeier (de Wurtzbourg) ; Pinard (de Paris) ; Rein (de Pétersbourg) ; Schauta (de Vienne) ; Simpson (d'Edimbourg).

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. Fehling (de Strasbourg); Léopold (de Dresde) ; Treub (d'Amsterdam) ; Tuffier (de Paris) ;

3° La tuberculose génitale, par MM. Marbin (de Greifswalb) et Veit (de Leyden) ;

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Cullen (de Baltimore) ; Freund (de Berlin) ; Jonnesco (de Bucarest) ; Pozzi (de Paris) ; Wertheim (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Jayle, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

Premier Congrès égyptien de médecine. — Le Premier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Président du Congrès : Dr Ibrahim Pacha Hassan.

Secrétaire général : Dr Voronoff.

Section : Pathologie interne. *Président* : Dr Camanos Facha.

Maladies des pays chauds : Dr Ruffin.

Chirurgie : Dr Milton.

Ophtalmologie : Dr Mahomed Bey Eloui.

Questions mises plus particulièrement à l'étude.

Hépatite des pays chauds et abcès du foie : Sections réunies.

Bilarzia hœmatobia : Section des maladies des pays chauds et de chirurgie.

Fièvres bilieuses et paludéennes. Filariose : Section des maladies des pays chauds.

Ankylostome duodénal. Choléra. Dysenterie. Lèpre. Peste : Section de pathologie interne.

Lithiase urinaire : Section de chirurgie.

Granulations conjonctivales. Anomalie de la réfraction dans les écoles. — Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente : Section d'ophtalmologie.

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de 25 fr. Les versements doivent être faits par chèque ou mandat poste à l'adresse suivante : M. le Trésorier général du premier Congrès égyptien de médecine, Le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur Lannelongue, se tient à la disposition des Congressistes français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. le Dr Achard, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les Congressistes les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès ;

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 fr.

1er jour, matin : Citadelle. Mosquée des sultans Hassan et Mahomed Ali, Puits de Joseph, Tombeaux des Mamelucks. — Après-midi : Vieux Caire Eglise cophte, Ile de Rhodes, Mosquée d'Amron.

2e jour, matin ; Pyramides de Ghizel, Sphinx. Déjeuner au temple du Sphinx. — Après-midi : Musée Egyptien.

3e jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge). Héliopolis, Obélisque, Parc aux Autruches. — Après-midi (à ânes) : Tombeau du Kalife, Forêt pétrifiée, Mokattam.

4e jour : Excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedrachen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara. Tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute Egypte. Excursion rapide (4 jours). — Prix (établi avec réduction de 50 % sur les chemins de fer) : 126 fr. 75 en 1re classe, 92 fr. 50 en 2e classe (tous frais compris). Départ du Caire à 6 h. 30 du soir, arrivée à Louxor à 8 h. 30 du matin.

1e jour : Excursion à Thèbes, Tombeaux des rois Dein-el-Bakri, Ramsès. Les Colosses, Médinet-Abou Tombeau de la reine Hatasou.

2e jour : Temples de Karnak et de Louxor. Départ à 11 h. 30 du matin, arrivée à Assouan à 6 h. du soir.

3e et 4e jours : Excursion à Phila et la 1e Cataracte Visite (à ânes) au sanatorium. Promenade en barque autour de l'île Eléphantine.

Hôtels de Louxor : hôtel de Karnak. — d'Assouan : hôtel de la Cataracte et Grand hôtel.

Excursions plus longues (Agence Cook, prix réduits de 50 %). — 3 semaines. Prix ; 625 fr., bateaux touristes du 30 décembre. — 19 jours. Prix : 287 fr. 50 bateaux-express des 27 et 30 décembre et 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits sur le tarif ordinaire :

Savory Hôtel, environ 18 fr. par jour ; Ghezireh Palace Hôtel, environ 15 fr. par jour ; Shewards Hôtel, environ 15 fr. par jour ; Continental Hôtel, environ 15 fr. par jour ; Hôtel d'Angleterre, environ 13 fr. 10 par jour (25 % de réduction sur le tarif), Hôtel du Nil, environ 10 fr. par jour (20 % sur le tarif) ; Hôtel Bristol 10 fr. par jour (prix spécial) ; Eden Palace Hôtel, 10 fr. par jour (prix spécial).

A la demande de M. Lannelongue, la Cie du Canal de Suez a mis gracieusement à la disposition des Congressistes français un bateau pour la visite du canal.

Faculté et Hôpitaux.

Le jury pour le concours à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux est composé comme suit : MM. Lermoyez, Sébileau, Danlos, Chaput, Lombard.

— Le jury du concours d'adjuvat a ainsi classé les candidats : MM. Tridon, 71 ; Chevassu, 71 ; Hallopeau, 71 ; Grégoire, 69 ; Bouchet, 68 ; Neveu, 65 ; Mercadet, 64 ; Gasne, 63 ; Lebreton, 62.

Sont nommés aides titulaires d'anatomie : MM. Chevassu, Hallopeau, Tridon, Grégoire et Bouchet.

Sont nommés aides provisoires : MM. Neveu et Mercadet.

— La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4821. — M. le docteur de Montille, à Loivre (Marne), présenté par le docteur Gassot, de Chevilly.

N° 4822. — M. le docteur Diverneresse, de Saint-Mandé (Seine), membre du Syndicat des médecins de la Seine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Greuet, de Cerisy-Gailly (Somme) et Cuisinier, de Calais (Pas-de-Calais), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 25 21 JUIN 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les tarifs d'assistance chirurgicale pour soins à domicile et à l'hôpital dans la loi accidents.

Nous avons demandé, la semaine dernière, à nos plus zélés correspondants de chaque département, de nous faire parvenir tous renseignements sur ce qu'avaient fait ou allaient faire les Conseils généraux pour rendre applicable le fameux paragraphe 2 de l'article 4 de la loi accidents.

A cette heure, nous sommes très bien renseignés sur 33 départements ; mais les réponses n'arrivent plus, et pourtant, elles nous sont indispensables.

En tout cas, si, comme nous sommes tentés de le croire, les deux tiers des tarifs qui manquent encore ressemblent au tiers, dont nous avons les spécimens, nous allons faire de bien curieuses constatations d'où découleront de très agréables conséquences.

On comprendra donc l'impatience avec laquelle nous attendons les documents demandés. Il nous serait si doux d'aller dire aux Commissions des Chambres : « Voici, depuis A jusqu'à Z, les preuves palpables qu'on vous a mal renseignés sur l'usage fait de votre fameux paragraphe. »

Mais, de grâce, que nos confrères, que les Syndicats, que les Sociétés se hâtent de nous armer pour cette discussion, qui va venir incessamment. S'il n'a rien été fait dans leur département, ils n'ont qu'à nous écrire : « Rien de fait ». Si quelque chose est à l'état de projet, qu'ils nous en donnent un aperçu.

C'est pour eux que nous sommes sans cesse sur la brèche : qu'ils nous passent du moins les munitions.

En attendant, stimulons les énergies par une bonne nouvelle.

M. le Dr Lande, toujours si écouté dans les milieux où on le délègue, vient de faire triompher nos revendications devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique au sujet du droit des chirurgiens d'hôpital à des honoraires pour soins aux victimes du travail.

C'est le *Journal Officiel* du 18 juin qui nous l'apprend en ces termes :

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Séance du 12 juin 1902.

L'ordre du jour appelle la discussion du projet relatif à la détermination du prix de journée applicable aux personnes hospitalisées en vertu de la loi du 9 avril 1898.

Après les explications de M. le docteur Lande, rapporteur, et une discussion à laquelle ont pris part MM. Paulet, Mourier, Hébrard de Villeneuve, Drouineau, Dreyfus-Brisac, Augagneur, Monod, etc., le Conseil supérieur adopte la proposition suivante, présentée par M. Ogier :

« Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement :

1° Un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le préfet à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques ;

2° Les frais médicaux et pharmaceutiques, au tarif fixé par le règlement départemental sur l'*assistance médicale gratuite ou, à défaut, par les usages locaux.* »

La séance est levée et la session est close.

Voilà donc une arme de plus. Il nous plaît d'espérer qu'avant peu une circulaire de la Direction de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur va tracer leur devoir aux Commissions hospitalières qui sont restées inertes. Quant aux médecins intéressés, ils ne croiront sans doute plus s'abaisser en priant ces mêmes Commissions de protéger leurs droits particuliers en même temps que ceux des pauvres.

Allons, chers confrères, bon courage : cela marche. *Mais aidez-vous et vos sociétés de défense vous aideront.*

H. J.

La Souscription pour les victimes médicales de la catastrophe de la Martinique.

4e Liste

MM. les docteurs :

Le Piez, de Biarritz........	50	francs
Syndicat médical de la Hte Saône.	50	»
Legoy, de Gallardon...........	5	»
Delthel, de Briare...............	5	»
Héliot, de Meulan...............	10	»
Mignon, des Mureaux...........	10	»
Verdier, d'Auch............	5	»
Pinel, de Pont-Rousseau........	10	»
Armand, d'Albertville..........	5	»
Moulin, de Paris...............	10	»
Guchal, de Chapelle-Bassemer (2e souscrip.).....................	5	»
Schwanhard, de St-Remy-s-Avre.	10	»
Soyard, de Bandol.............	5.	»
Total.......................	180	»
Report des listes antérieures....	873	»
Total général..................	1053	»

LA SEMAINE MÉDICALE

Digestion pancréatique.

MM. *H. Stassano* et *F. Billon* ont communiqué à la Société de Biologie les résultats des remarques qu'ils ont faites sur la digestion pancréatique : ils ont noté, tout d'abord, que le pouvoir protéolytique du suc pancréatique diminue au cours de la sécrétion provoquée par les injections intraveineuses de *sécrétine* chez les chiens, à jeun, munis d'une fistule temporaire. Cette diminution du pouvoir digestif est particulièrement sensible entre la première et la deuxième heure ; le débit de la sécrétion se maintient au contraire constant pendant plusieurs heures et l'aspect extérieur du liquide ne change pas.

Les variations du pouvoir digestif du suc pancréatique sont suivies à l'aide de la tyrosinase. Cette diastase, en oxydant la tyrosine, donne lentement une coloration brune dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de tyrosine formée par la digestion trypsique.

Les mêmes auteurs ont aussi étudié l'action favorable des nucléo-albumines intestinales sur la digestion pancréatique, dans l'intestin du veau. Dans la muqueuse intestinale, on trouve en effet, l'entérokinase de Paulow, en même temps que les nucléo-albumines ; ce sont ces dernières, qui, en se dissolvant dans le milieu alcalin formé par la bile et le suc pancréatique, favorisent la digestion pancréatique.

Le microbe dangereux dans la diphtérie.

A la dernière séance de la Société de pédiatrie, MM. *Dejuy* et *Benj. Weill* ont communiqué la très intéressante observation d'un cas grave de diphtérie chez une fillette, terminée par la mort, malgré les injections de sérum.

Une première injection de sérum n'ayant pas amené la disparition complète des fausses membranes, on en fit une seconde au bout de quelques jours. La gorge se nettoya, mais resta néanmoins rouge, tandis que la fièvre remontait et que l'albumine parut dans l'urine. L'enfant présentait, en outre, de l'abattement, une grande faiblesse générale, des vomissements et elle finit par succomber dans le collapsus.

« A l'autopsie, on trouva une endocardite de la pointe avec thrombus récent, des infarctus dans la rate, une néphrite épithéliale. Le sang, examiné pendant la vie et deux heures après la mort, montra la présence du diplocoque perlucidus qui se trouvait également dans le thrombus du cœur et dans les infarctus de la rate.

D'après MM. Deguy et Benj. Weill, le diplocoque perlucidus serait l'agent de la thrombose du cœur qu'on observe dans les cas de ce genre, et l'agent de la septicémie surajoutée à laquelle succombent les enfants atteints de diphtérie ».

Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses.

MM. les Drs *C. Martin* et *F. Martin*, fils, de Lyon, ont obtenu de très remarquables résultats dans les cas de cicatrices vicieuses par l'application de manipulations et de pressions prolongées et répétées.

Les conclusions de leurs recherches sont très encourageantes :

1° Le tissu cicatriciel ne doit pas être considéré comme étant indéfiniment rétractile et inextensible. En outre, c'est un tissu qui garde toujours une certaine vitalité.

2° Des faits nombreux montrent que le tissu de cicatrice, une fois devenu *inodulaire*, non seulement ne se rétracte plus, mais encore peut être modifié, dans ses qualités physiologiques, sous l'influence de divers agents et spécialement par pressions et tractions lentes et continues.

On peut, par ces moyens, amener son assouplissement et son allongement.

3° La méthode de Claude Martin (de Lyon) repose sur ce principe. Elle consiste à obtenir l'assouplissement et l'allongement des cicatrices en les soumettant par des appareils appropriés à des *pressions* et à des *tractions lentes et continues*.

4° Ces pressions et ces tractions doivent toujours être extrêmement légères, *de façon à ne causer jamais la moindre douleur* ; on évitera ainsi l'ulcération et l'inflammation de la cicatrice.

5° Cette méthode est applicable au traitement de *toutes les cicatrices vicieuses*.

6° Elle avait donné déjà, entre les mains de Claude Martin, des résultats nombreux, anciens

et définitifs, spécialement dans le traitement des atrésies cicatricielles de la cavité buccale et des cavités nasales.

7° Francisque Martin l'a appliquée plus récemment au traitement des brides cutanées et des rétrécissements cicatriciels des conduits organiques : rectum, urèthre, etc. Il la croit appelée à rendre, dans ces cas, de grands services, soit employée seule, soit combinée aux méthodes sanglantes.

Traitement des ulcères chroniques de la jambe.

D'après M. le Dr *S. Jessner*, dans la *Rev. Intern. de Méd. et de Chir.*, le traitement des ulcères chroniques de la jambe varie quelquefois d'après la cause qui les produit. En effet, ces ulcères peuvent être occasionnés par un traumatisme, portant ordinairement sur des veines varicosées, ou bien, par la syphilis à sa dernière période, par le diabète, l'artério-sclérose, et la scrofule. La grossesse, les affections cardiaques et l'emphysème pulmonaire sont des causes prédisposantes qui favorisent la congestion veineuse.

En général, des règles communes devront être suivies dans le mode de pansement de tous les ulcères, de quelque origine qu'ils soient.

1) Tout d'abord, la jambe doit être très soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon, puis, à l'alcool (à 58 ou 60 %), ou au lysol (1/2 à 1 %). La solution de Burrow à l'acétate d'aluminium, employée avec précaution, peut être utile.

2) En second lieu, le médicament doit recouvrir, non seulement l'ulcère, mais encore tout le tissu environnant. L'iodoforme tient le premier rang parmi tous les médicaments employés, qui favorisent la granulation. Suivant l'auteur, l'iodoformogène, à cause de son manque d'odeur, serait préférable. De bons résultats ont été obtenus avec l'icthyoforme, qui est un composé d'icthyol et de formaldéhyde. La teinture d'iode, enfin, est aussi beaucoup en usage.

Quand la granulation de la plaie devient trop abondante, M. Jessner recommande l'emploi des astringents et des caustiques, tels que le sous-nitrate de bismuth ou l'acide borique pur, mélangé à de l'airol, à du xéroforme ou à du sous-gallate de bismuth (dermatol).

Enfin, dans certains cas, il est nécessaire de gratter la plaie à la curette tranchante et de cautériser la surface avec le nitrate d'argent à 10 %.

Pour certaines variétés d'ulcères, telles que les ulcères gangreneux, il faudra employer de préférence une solution chaude de créoline à 2 % et de permanganate de potasse à 1 %, puis, après avoir fait l'ablation des tissus mortifiés, continuer le pansement à l'iodoforme ou même quelquefois au calomel.

Pour les ulcères diphtériques, la solution concentrée d'acide phénique est la plus recommandable.

Enfin, dans les cas d'ulcères douloureux, on utilisera une solution de cocaïne à 5 ou à 10 % et on pansera la plaie, de préférence, avec la poudre d'orthoforme. Dans cette forme, l'enveloppement avec l'ouate rend les plus grands services et est préférable souvent aux pansements secs.

M. Jessner rappelle que l'eczéma est très fréquemment lié aux ulcères de la jambe et conseille les formules suivantes :

Icthyol	2 grammes.
Oxyde de zinc	15 —
Amidon	15 —
Huile de pétrole	60 —

ou bien :

Oxyde de zinc	10 grammes.
Talc	10 —
Amidon	10 —
Acide borique	4 —

On pourra employer encore le sous-nitrate de bismuth pur ou mélangé au talc, ou bien la poudre de tannoforme, unie à l'oxyde de zinc.

Dans les cas d'eczéma sec, squameux, infiltré, l'auteur indique la préparation suivante :

Huile de cade	àâ 10 grammes.
Huile de pétrole	
Alcool	
Ether	

3) En troisième lieu, l'ulcère devra être recouvert, suivant la méthode de Unna, d'un pansement à la gélatine et au zinc, qui enveloppera toute la jambe, depuis le genou jusqu'au pied.

4) En dernier lieu, on appliquera un bandage de gaze amidonnée qui, lui-même, sera recouvert par un simple bandage ordinaire.

En principe, on ne devra toucher au pansement qu'au bout d'une semaine ; cependant s'il y avait de la douleur et de la sécrétion, on pourrait, dès les premiers jours, renouveler ce pansement.

Enfin le malade, après avoir cessé tout traitement, devra porter un bas élastique.

Ce mode de traitement des ulcères de la jambe sera contre-indiqué dans certaines conditions, qui rendent la méthode que l'auteur a détaillée absolument inapplicable, c'est-à-dire dans les cas d'érisypèle, de phlébite, de lymphangite, ou de furonculose de la jambe, dont la thérapeutique est toute spéciale.

L'eau oxygénée contre les engelures.

M. le Dr *Courtin* a signalé à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux une nouvelle application de l'eau oxygénée.

Cet auteur emploie depuis trois années, dans son service, des bains locaux d'eau oxygénée pour le traitement des engelures des extrémités. Il a eu l'occasion de faire suivre ce traitement par des enfants porteurs d'engelures à tous les degrés, ulcérées ou non, et, dans tous les cas, il a obtenu des résultats satisfaisants.

Voici la technique employée par l'auteur.

Chez les petits enfants, il fait réduire l'eau oxygénée du commerce, qui est de 12 volumes, à 3 volumes, en mélangeant cette eau oxygénée à de l'eau bouillie chaude. Il fait prendre un bain des extrémités atteintes, dans ce mélange, pendant une demi-heure chaque jour. Chez l'enfant au-dessus de trois ans et chez l'adulte, il fait réduire la solution d'eau oxygénée du commerce à 6 volumes, toujours avec de l'eau bouillie chaude et il fait prendre un bain de même durée.

Dans tous les cas, si les malades présentent des engelures ulcérées, l'auteur fait mélanger à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude pour en réduire l'acidité et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains bleuis par les engelures deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, reposant sur des doigts et des orteils tuméfiés et œdémateux, se détergent vite. Après un ou deux bains, on voit des bourgeons charnus rasés apparaître au fond des plaies et la cicatrisation s'effectuer rapidement.

Après le bain, les plaies sont simplement pansées avec de la gaze et de la vaseline aseptiques.

Trois bains d'une demi-heure de durée suffisent en général pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur.

Indications de l'énucléation oculaire.

D'après M. le Dr *Terrien*, de l'Hôtel-Dieu, l'énucléation du globe de l'œil doit être réservée aujourd'hui à un petit nombre de cas bien limités ; on peut réduire à trois ses indications.

a) *Dans les tumeurs malignes intra oculaires* elle s'impose et sera faite de bonne heure si on veut éviter la généralisation du néoplasme. Mais, lorsque la tumeur est petite et la vue en partie conservée, l'énucléation est difficilement acceptée par le sujet. D'autant plus que le diagnostic ne peut toujours être fait avec certitude, car il peut n'y avoir qu'un seul symptôme appréciable, le *décollement de la rétine*. Aussi, en présence de tout décollement, une triple question se pose : l'affection est-elle d'origine myopique, traumatique, ou due à une tumeur ?

Le décollement myopique apparaît d'ordinaire brusquement et il est facile de constater en même temps des lésions de myopie choroïdienne dans l'œil atteint ou dans l'œil congénère. Le décollement traumatique aura pour lui les commémoratifs. Enfin, le décollement déterminé par une tumeur apparaît peu à peu sur un œil jusque-là normal et augmente avec les progrès du néoplasme. Mais on n'oubliera pas qu'il existe des décollements spontanés survenant sur des yeux emmétropes et que rien ne peut expliquer.

Toutefois, l'âge du malade (les néoplasmes intra-oculaires, exception faite pour le gliome, n'apparaissent que chez les sujets ayant dépassé l'âge moyen de la vie), la fixité du décollement, l'*absence d'hypotonie*, ou même la présence d'un *certain degré d'hypertonie* sont des signes importants de présomption en faveur de la tumeur. On s'aidera, en cas de doute, pour faire le diagnostic, de l'éclairage de contact et, enfin, de la ponction exploratrice.

b) *Ophtalmie sympathique déclarée ou menaçante*. — Cette affection, beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, s'observe surtout avec les yeux devenus atrophiques et phtisiques à la suite d'une irido-cyclite ancienne. Des moignons résultant d'un traumatisme remontant à vingt ou trente ans peuvent aussi la déterminer ; il n'est pas rare de voir certains de ces moignons, qui n'avaient jamais été le siège d'aucune douleur et fait éprouver aucune gêne au sujet, devenir tout à coup rouges, douloureux à la pression et menacer l'œil congénère. Cette *douleur à la pression* est caractéristique ; si elle est accompagnée de phénomènes sympathiques de l'autre œil, l'énucléation doit être pratiquée sur-le-champ.

Il y a lieu toutefois de distinguer entre *l'irritation sympathique*, qui peut être calmée par le repos absolu de l'œil combiné à un traitement antiphlogistique et la véritable *inflammation sympathique*. Celle-ci nécessite l'énucléation immédiate de l'œil sympathisant, mais le plus souvent l'opération est impuissante à enrayer la marche de l'affection. Aussi l'ablation de cet œil ne sera-t-elle faite *que si la vision est entièrement abolie* ; elle sera rigoureusement rejetée dans le cas contraire, et la tenter serait folie, quelque minime que soit le degré de vision conservé par cet œil.

c) *Si l'un des yeux doit être opéré de cataracte*, l'autre étant réduit à l'état de *moignon atrophique*, l'énucléation préalable de ce moignon sera une mesure de prudence, car le fait seul d'opérer l'œil cataracté peut suffire à réveiller le processus inflammatoire dans l'œil atrophié, lequel réagit à son tour sur l'œil opéré (Panas).

d) Enfin, *dans les tumeurs malignes* de l'orbite l'énucléation du globe oculaire constitue le premier terme de l'intervention.

Dans tous les autres cas, ectasies du globe staphylomes de la cornée, glaucome absolu même, etc., l'énucléation doit céder la place aux opérations conservatrices qui remplissent le même but et laissent à l'opéré le bénéfice d'un excellent moignon.

Menstruation et allaitement.

M. le Dr *Ch. Roche* a consacré sa thèse à l'étude de l'influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite :

Tout d'abord, le nombre des nourrices menstruées est considérable, puisque, d'après diverses statistiques, il dépasse 41 p. 100. Les observations montrent ensuite que la plupart du temps l'enfant reçoit le contre-coup de la période menstruelle, mais qu'il réagit de façons très différentes. La plupart du temps, il présente une diminution de poids qui ne s'accompagne d'aucun autre phénomène. Quelquefois, il y a augmentation de poids et cela dans des proportions considérables : mais, cette augmentation est souvent le prélude d'une diminution et cela grâce à des troubles digestifs, qui peuvent se produire.

Ces troubles digestifs sont un des modes de réaction de l'enfant. Au moment d'une période menstruelle, un enfant est pris de vomissements, un autre a des selles grumeleuses, mal liées, quelques-uns enfin des selles verdâtres, liquides, une véritable diarrhée capable d'irriter les téguments et de déterminer de l'érythème fessier. Ce sont ces faits qui, par leur brusquerie et leur ressemblance avec une intoxication, ont mis dans l'esprit du public la croyance que les règles viciaient le lait de la mère, et que continuer l'allaitement dans ces conditions équivalait à empoisonner l'enfant. Mais, l'on a fait justice de ces erreurs, et la majorité des auteurs ne croit plus aux dangers graves du lait des nourrices menstruées.

Dans d'autres cas, la menstruation semble retentir, non plus sur la santé, mais sur l'humeur du nourrisson, et l'on voit des enfants habituellement doux et paisibles, devenir gro-

gnons et agités au moment du retour de la menstruation chez leur mère, sans qu'un examen attentif puisse expliquer d'une autre manière le changement de leur caractère.

Quelques-uns présentent des lésions eczémateuses : peut-être surtout ceux qui sont prédisposés et ont souffert d'une atteinte antérieure.

Il est à noter aussi que la diminution du poids qui se produit alors est permanente, en ce sens qu'à partir de la première menstruation, le lait diminue de quantité d'une façon définitive et il faut alors ajouter à l'alimentation un peu de lait stérilisé qui permet à la courbe de se rétablir régulièrement. Bien souvent, d'ailleurs, ce n'est pas à la première menstruation que se font ces modifications, mais à la seconde ou à la troisième. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de Championnière.)

Dans ces conditions, quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de la nourrice dont la menstruation est rétablie ? Les accidents étant presque toujours passagers, il est inutile d'instituer une médication quelconque. Mais, comme en somme il y a presque toujours à ce moment une diminution de poids, il est bon de prévenir le fléchissement par l'addition du régime stérilisé. Les recherches chimiques qu'a entreprises M. Roche paraissent montrer qu'au moment des règles la composition du lait se modifie et que sa teneur en beurre augmente sensiblement, ce qui est peut-être l'origine des troubles digestifs. Mais, de ce côté, il n'y a naturellement rien à faire.

MÉDECINE PRATIQUE

Herpès et neurotoxhémie.

Longtemps, le froid et les refroidissements ont été incriminés comme facteurs principaux des inflammations aiguës de la gorge et des voies respiratoires. Aussi, a-t-on pris l'habitude de rechercher « les courants d'air » ou « les coups de froid » comme unique étiologie des angines ou des pneumonies.

La bactériologie nous a montré que la plus grande partie des inflammations a pour origine réelle soit une inoculation bactérienne infectieuse (diphtérie, pneumonie, coqueluche, bronchopneumonies, etc.), soit une prolifération subite d'éléments microbiens existant normalement dans l'organisme, mais devenant subitement hostiles par suite d'une insuffisance de phagocytose (coli-bacilles, pneumocoques, etc.). Reste, cependant, un certain nombre d'affections notoirement inflammatoires, mais dont l'étiologie microbienne paraît bien douteuse.

Les manifestations dites « HERPÉTIQUES » (angines, zonas, éruptions labio-faciales ou périgénitales) sont de ce nombre. L'angine herpétique, par exemple, n'a évidemment rien de microbien ; la fièvre herpétique, l'herpès zoster, sont dans le même cas : d'une façon générale, on a remarqué que toutes ces affections surviennent seulement chez les personnes nerveuses et, en particulier, chez les femmes, surtout au moment des menstrues.

De là à penser que les troubles nerveux pourraient bien avoir quelqu'influence sur le développement des herpès, il n'y avait qu'un pas ; c'est cette relation causale dont nous allons essayer d'établir la réalité, aujourd'hui.

I

AMYGDALITES ET ANGINES HERPÉTIQUES.

L'amygdalite herpétique est d'une fréquence extrême ; nous n'avons pas besoin d'insister longuement sur le nombre énorme de cas où le médecin est appelé pour cette affection. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant, d'une fillette ou d'un garçonnet, nerveux, débile, surexcité ou d'une femme en pleine activité génitale entre 20 et 40 ans ; c'est rarement un homme, bien que le fait se rencontre de temps en temps, surtout de nos jours où le jeune homme est si névrosé et si efféminé. L'entourage est affolé : « Venez vite, docteur nous dit-on. Le malade est en proie à une fièvre ardente ; il ne peut pas avaler et nous avons aperçu *du blanc* dans sa gorge ». Tel est le refrain presque quotidien que nous entendons répéter.

L'habitude même nous rend quelque peu sceptiques, et volontiers nous pensons : « Bah ! encore une angine herpétique ; ce n'est pas dangereux ». De fait, la fièvre élevée et la douleur vive à la déglutition sont des symptômes de forte présomption en faveur de l'herpès du pharynx.

Mais gardons-nous de cet optimisme prématuré ; il peut être funeste.

La diphtérie est capricieuse et traîtresse ; pour mieux frapper ses victimes, elle revêt parfois le manteau de l'angine herpétique : fièvre élevée, peu d'engorgement ganglionnaire, points blancs discrets sur les amygdales. Et alors, on est surpris ; on n'a pas recours au sérum et on tranquillise maladroitement les parents, en leur pronostiquant une maladie bénigne de 3 à 4 jours. Hélas ! quelles lamentables suites ! l'enfant fait du croup au bout de deux jours ou bien, succombe en huit jours à la myocardite diphtérique.

Attention donc, toujours attention ! et gare aux casse-cou.

L'amygdalite herpétique se présente habituellement chez les enfants nerveux et chétifs ou chez les adultes de tempérament faible et névropathe. Subitement, apparaissent des vomissements, un violent mal de tête, de l'embarras de la parole et de la déglutition et une énorme élévation de température 39°8, 40°, 40°5, 41° : quand l'enfant est trop jeune pour analyser ses sensations et indiquer le siège de son mal, on n'a pour se guider que l'élévation de température, l'agitation et la difficulté de respiration.

L'examen de la gorge s'impose alors même que les symptômes sont insignifiants de ce côté ; on note d'abord l'absence presque complète d'engorgement ganglionnaire au cou ; de plus, le fond de la gorge, les piliers du pharynx, le voile sont rouges, carminés ; les amygdales sont aussi très rouges, parsemées de points blancs, tantôt discrets et isolés, tantôt confluents et fusionnés en plaques blanc-grisâtre, à reflets plus ou moins nacrés, et d'une épaisseur fort variable. Le grattage de ces membranes laisse à découvert une surface ulcérée, formée de vésicules d'herpès confluentes et réunies par leurs bords arrondis comme les contours d'une mûre ou d'une grappe de raisin. Tous les segments de cercle bien nettement arrondis se soudent

les uns aux autres et forment comme des festons. Quand les points blancs sont rares et discrets (trois, six, huit, à peine), le diagnostic est d'une facilité enfantine : malheureusement, les herpès pharyngiens confluents forment souvent des membranes épaisses, grisâtres, bien semblables à celles de la diphtérie.

Voici, alors, ce que nous conseillons de faire : examiner à fond les ganglions du cou, les fosses nasales, le teint du facies, fouiller, le plus possible, les commémoratifs : contagion, refroidissement, émotion vive ; puis, si l'on doute encore que ce soit de la diphthérie, revenir voir le malade six heures après environ, après l'avoir bien fait gargariser et laver la gorge, et se rendre compte des progrès possibles du mal. Si l'on doute encore, il faut se munir de sérum de Roux et l'injecter séance tenante ; puis, on détache un fragment de membrane et on l'envoie au laboratoire pour examen bactériologique. Le lendemain, nouvelle injection de sérum, si l'état local n'est pas nettement modifié ; mieux vaut injecter du sérum Roux à des malades atteints seulement d'herpès pharyngien pour lesquels on hésite à se prononcer, que de risquer de laisser s'aggraver, faute de sérum, une angine diphthérique qui ressemblait au début à un herpès. Le danger est minime dans le premier cas : il est terrible dans le second cas.

L'amygdalite herpétique évolue en 4 ou 5 jours environ, à moins que, tout d'abord, unilatérale, l'éruption ne s'étende à l'autre côté : en ce dernier cas, la maladie dure de 6 à 8 jours. Les 3 premières nuits sont les plus pénibles, comme fièvre et agitation ; puis, les symptômes s'amendent, la deglutition devient indolore, malgré la persistance de quelques points blancs ; enfin, le 5e jour, tout a disparu et la santé est parfaite.

Ces angines sont sujettes à récidiver parfois, mensuelles quand l'affection a coïncidé avec les menstrues, parfois annuelles ou bisannuelles, aux changements de saisons, principalement au printemps.

Quand on examine de près l'étiologie de ces affections, on est frappé de leur fréquence chez les personnes nerveuses et, en particulier, chez les personnes qui ont eu une vive émotion, une grande frayeur, une contrariété interne, une colère rentrée.

Il ne peut être question alors de microbes. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que la rupture d'équilibre de l'influx nerveux provoquée par l'émotion, la contrariété, la colère, ou simplement par l'époque menstruelle, s'accompagne de production de toxines de dénutrition nerveuse et de diffusion de ces toxines dans la circulation ; c'est ce que nous désignons sous le nom général de neuro-toxhémie. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, qu'il s'agisse d'un auto-empoisonnement par des toxines nerveuses, ou plus simplement, d'un phénomène réflexe, il reste bien certain aujourd'hui que ces phénomènes aigus d'herpès pharyngien sont provoqués la plupart du temps par des troubles nerveux intenses du domaine psychique (peur, colère, contrariété).

II

Herpès zoster ou zona.

Si l'étiologie nerveuse de l'herpès pharyngien est aujourd'hui à peu près démontrée, à plus forte raison, cette étiologie est évidente pour le zona, en général.

Rappelons, en quelques mots, les caractères principaux du zona. Que cette affection siège sur le tronc, aux membres ou à la face, elle est caractérisée par une douleur plus ou moins profonde, lancinante, brûlante, dévorante (feu de Saint-Antoine), qui s'irradie à peu près dans la direction des trajets nerveux (nerfs intercostaux, au tronc, nerfs cruraux, nerfs sciatiques, nerfs ophthalmiques, nerf radial, nerf circonflexe). En même temps que ces douleurs de névrite, apparaissent des éléments éruptifs sur la peau, au voisinage des régions douloureuses, mais pas exactement dans la zone de distribution anatomique du nerf malade. Quand l'éruption est au tronc, elle contourne soit le thorax, soit le flanc et l'abdomen, avec cette caractéristique qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane et siège sur un seul côté du corps ; à la cuisse, l'éruption se distribue soit dans la zone antérieure, du triangle de Scarpa au genou, soit dans la zone postérieure, de la fesse au jarret ou même au mollet ; au moignon de l'épaule, les éléments éruptifs se distribuent autour du deltoïde qu'ils contournent obliquement en avant et en bas ; enfin, à la face, l'éruption se répartit dans l'angle interne de l'œil, au front, à la paupière supérieure, à l'aile du nez. Selon leur siège, ces manifestations éruptives portent les noms de zona intercostal, zona crural, zona ischiatique, zona circonflexe ou scapulaire, zona ophthalmique.

L'éruption est caractérisée par un nombre plus ou moins considérable de vésicules épidermiques, très nettement arrondies, parfois isolées, souvent confluentes et réunies par leurs bords en plaques mûriformes ; les vésicules sont remplies d'un liquide plus ou moins transparent, ou d'une sérosité sanguinolente louche. Au bout de huit à douze jours, elles se flétrissent, se dessèchent et forment des croûtelles très prurigineuses qu'il faut éviter d'arracher et de déchirer. Comme la poussée éruptive se fait en plusieurs fois successives, les éléments du zona ne sont pas tous du même âge et se trouvent côte à côte avec d'autres éléments plus jeunes ou plus âgés, et la dessiccation se fait progressivement; la durée totale de l'éruption de zona est rarement de moins de 15 à 20 jours ; et les douleurs de névrite durent beaucoup plus. La plus grave complication du zona est l'ulcération d'une ou plusieurs plaques vésiculaires et le sphacèle plus ou moins étendu de la peau intéressée. Ensuite, il faut faire entrer en ligne de compte l'état nerveux du patient que rien ne soulage de ses brûlures constantes et qui est privé de sommeil souvent pendant de nombreuses nuits.

Or, ces éruptions de zona, considérées par quelques auteurs comme de nature microbienne, paraissent bien plutôt dues à une neuro-toxhémie, à une intoxication du sang par un choc nerveux, par un dérangement grave dans le fonctionnement physiologique des centres psychiques. Ces éruptions de zona surviennent toujours après de grandes émotions, de graves contrariétés, des peurs intenses, etc. Il y a longtemps que l'expression populaire a consacré cette vérité d'ordre psycho-pathologique : « Vous allez lui faire tourner les sangs », dlt-on souvent, en parlant à une personne qui veut faire peur à

une autre, ou encore : « Il a une éruption de boutons, à la suite d'un grand bouleversement du sang. » Ces expressions s'appliquent exactement aux zonas, et non pas aux eczémas, aux prurigos plus ou moins parasitaires, aux manifestations spécifiques. L'ignorance populaire les emploie à tort et à travers aujourd'hui, même en parlant d'éruptions de phthyriase ou de syphilis ; mais, en principe, on ne les a inventées que pour les manifestations aiguës de l'intoxication sanguine par les déchets nerveux.

III

Herpès labial, boutons de fièvre, herpès génital.

A chaque menstruation, beaucoup de femmes ont l'habitude d'avoir autour de la bouche, à la commissure des lèvres ou aux lèvres mêmes, des éruptions plus ou moins discrètes de vésicules d'herpès qui durent de trois à six jours et finissent par se dessécher, le plus souvent, sans laisser de trace. C'est ce qu'elles appellent des boutons de fièvre.

Certains sujets en ont au moindre rhume, à la moindre petite gastro-entérite, ou simplement après un excès de fatigue, marche trop longue ou veillée prolongée.

Quelques personnes, au lieu d'avoir ces manifestations à la bouche, les ont autour des organes génitaux, au prépuce, dans le sillon balano-préputial, au frein du gland, sur la verge même ou sur les bourses ; chez les jeunes filles et chez les femmes, les vésicules d'herpès peuvent apparaître sur les petites lèvres, dans le vestibule, autour du méat urinaire, aux grandes lèvres, au périnée et à la fourchette. Dans ces régions, l'état d'humidité presque permanent et le contact de l'urine au moment des mictions aggravent souvent l'éruption herpétique, l'infectent et provoquent un prurit très pénible et un engorgement notable des ganglions inguinaux. C'est la possibilité et la fréquence de complications qui rendent le diagnostic parfois si difficile entre les herpès génitaux et les manifestations syphilitiques.

Le seul signe vraiment infaillible pour différencier ces affections est l'absence d'induration uniforme de la base des ulcérations herpétiques et l'absence de pléiade ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit du diagnostic, que nous ne pouvons fouiller plus à fond aujourd'hui, les herpès génitaux surviennent chez les femmes après leurs époques menstruelles ou après des exercices vénériens trop répétés, et chez les hommes à la suite de coïts trop fréquents ou de manipulations trop énergiques ; il est juste d'ajouter toutefois que l'acte vénérien ne doit pas être uniquement incriminé dans la production de ces herpès génitaux, même chez l'homme. Il y a, très certainement, des idiosyncrasies, des prédispositions individuelles à faire de l'herpès à la verge au lieu d'en faire aux lèvres ; la raison véritable de cette localisation nous échappe.

Ce qui résulte de ce rapide aperçu, c'est que l'origine de ces herpès labiaux ou génitaux est toujours nerveuse : les femmes ont un bouleversement nerveux et psychique au moment de leurs menstrues, les hommes ont un trouble nerveux quelconque, voluptueux ou craintif à l'occasion d'un coït plus ou moins impur, ou simplement à la suite d'une excitation vénérienne purement psychique, qui n'a pu être satisfaite. Il s'agit là encore d'une neurotoxhémie se manifestant par une poussée aiguë d'herpès.

Conclusions

Cette théorie pathogénique doit avoir pour résultat d'éclairer le traitement de toutes les affections désignées sous les noms d'angines herpétiques, de zonas herpétiques, d'herpès cutanés en général.

Tout d'abord, il y a une auto-intoxication de l'organisme, donc la nécessité d'une antisepsie générale s'impose ; mais non pas par les moyens illusoires qu'on a appelés des antiseptiques internes ; ce qu'il faut, c'est l'antique et traditionnelle purgation, éméto-cathartique pour les gens robustes, purge pour les débiles, et purge répétée trois ou quatre fois.

Un seul médicament est admissible à l'intérieur : le salol, en potion ou en cachets, à la dose de un gramme en 24 h. chez l'enfant, trois grammes, chez l'adulte.

Comme topiques : le chlorate de potasse ou de soude chez les herpétiques du pharynx ; l'acide picrique en solution hydroalcoolique à cinquante centigrammes pour 100, chez les herpétiques zostériens ; les poudres astringentes, alun, tannin à l'éther, talc pulv. et 1/20 de sulfate de zinc chez les herpétiques génitaux.

En général, il faut éviter l'humidité sur les éruptions herpétiques cutanées ; l'indication est d'évacuer le liquide des vésicules par une légère piqûre aseptique et de favoriser la dessiccation rapide.

Contre l'élément douleur du zona, on aura recours aux médicaments nervins : antipyrine, phénacétine, exalgine, pyramidon, citrophène, etc., ou à la morphine associée à l'atropine en injections sous-cutanées : 1 cc. de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine...	un demi-cent.
Chlorhydrate de morphine..	dix centigr.
Eau de laurier-cerise.......	2 cc.
Eau distillée stérilisée......	8 cc.

toutes les 12 heures ou toutes les 24 heures selon la tenacité des douleurs.

Dr Paul Huguenin.

THERAPEUTIQUE PRATIQUE

Pour nos plantes médicinales indigènes, s. v. p.

Multa renascuntur..... La saignée et les purgatifs ont été récemment ressuscités pour le plus grand bien des malades. Moins ambitieux, nous voudrions réhabiliter les tisanes, infusions et décoctions, et, par la suite, les plantes médicinales indigènes que, personnellement, nous prescrivons volontiers. Les vieux médecins ne dédaignent pas d'inscrire, dans un alinéa de leurs ordonnances, une boisson quelconque préparée avec quelques fleurs, feuilles ou racines, active quelquefois, anodine souvent, agréable toujours sinon au goût du malade, du moins à

son esprit. Notre plaidoyer s'adresse plutôt aux jeunes, frais émoulus des laboratoires, qui, habitués à ne tenir compte que des propriétés physiologiques et thérapeutiques d'un médicament constatées sur un cobaye en expérience, dédaignent et rejettent tout ce qui n'a pas une action nette, définie, contrôlée sur tel ou tel organe, sur telle fonction.

A ceux-là il nous semble important de démontrer qu'il est utile — utile au malade, utile au médecin — d'user largement, dans leurs prescriptions, des plantes médicinales indigènes par trop délaissées, sous forme de tisanes variées et appropriées à chaque cas.

1° *Utile au médecin.* — Utile au médecin de campagne seulement, dira-t-on, parce que c'est un procédé économique bon pour les villageois et les indigents. Ne serait-ce que cela que ce serait déjà quelque profit. Mais il suffit de connaître à la fois paysans et citadins, et de les comparer, pour s'apercevoir bien vite que, sous le rapport médical, leur mentalité est la même. Les vers intestinaux, oxyures et lombrics, n'ont-ils pas partout la même sinistre réputation et n'avons-nous pas vu un ministre des finances avoir recours à un empirique pour une fracture du poignet, tout comme un vulgaire journalier ? Entre autres griefs, il en est un qu'ils ne nous pardonnent guère, pas plus les uns que les autres, c'est, pensent-ils, d'avoir abandonné la médecine par les plantes, par les *simples*, pour, à leur avis, ne nous adresser exclusivement qu'aux minéraux. Ils ne savent pas ce que sont les teintures, extraits, alcaloïdes. Ils nous tiennent facilement rancune de ne pas leur prescrire une tisane et ils s'empressent de s'en prescrire une, au hasard, aussitôt que nous sommes sortis, si nous avons négligé de le faire. Nous ne devons pas nous en étonner si nous nous donnons la peine de réfléchir que nous avons derrière nous des générations et des générations d'aïeux médecins qui ont fait cet état d'âme. Et si nous ordonnons des cônes de houblon, de la scabieuse ou de la reine des prés, de la pariétaire ou de la petite centaurée, le malade nous aura plus de reconnaissance de cette partie contingente de notre prescription que de sa partie essentielle.

Et puis, si nous voulons nous en tenir à l'expectation, n'est-ce pas une très légitime façon de nous conduire que nos maîtres nous ont recommandée dans leurs cliniques hospitalières. Et certains d'entre eux ne nous ont-ils pas enseigné que la durée de l'attitude expectante peut et doit quelquefois égaler celle de l'intervention thérapeutique ? Seulement si l'expectation, sans aucune drogue, est facile à l'hôpital où le malade est forcément discipliné, elle est moins aisée en clientèle. Une visite sans ordonnance n'est pas considérée comme une visite efficace, réelle, et ne pas noircir une feuille de papier peut paraître de l'indifférence à la famille ou, qui pis est, de l'ignorance. Dans ce cas, une infusion inerte mais agréable au palais donne au malade de l'espoir pour lui-même et de la confiance en son médecin. C'est la simplicité même, nous le savons, mais que celui qui n'a pas cherché avec hésitation, quelquefois, ce qu'il pourrait bien utilement ordonner, quand on lui montre l'écritoire, nous jette la première pierre.

2° *Utile au malade.* — Ont-ils donc si tort les hommes qui nous réclament de vulgaires tisanes ? Même quand elles sont inertes et sans propriétés spéciales sur tel ou tel organe, elles font toujours uriner de par leur eau. Or, qui urine évacuait autrefois « ses humeurs peccantes » et élimine maintenant ses toxines. Différence de mots, mais fait clinique identique. Elles font aussi transpirer. Or, comme disait Beau, la peau est le vicaire du rein. Que, s'il n'est besoin ni de faire uriner ni d'obtenir de la transpiration, on veuille songer qu'elles rafraîchissent, désaltèrent, et qu'il vaut toujours mieux les préconiser que de leur laisser substituer, par l'entourage du patient, des dilutions alcooliques souvent immodérées. Puis, en solubilisant dans l'estomac tel ou tel produit pharmaceutique irritant ou caustique, elles protègent la muqueuse et favorisent l'absorption du médicament. Enfin il faut toujours songer à ce que peut la suggestion.

Charcot avec ses pilules *mica panis* a obtenu des succès. Constantin (Paul) et Jules Voisin, avec le bleu de méthylène, qu'ils considéraient d'ailleurs, à tort, comme un produit inerte, ont eu des résultats favorables dans des cas où les propriétés actives de ce médicament ne semblaient pas indiquées. Pour notre part, au bleu de méthylène de J. Voisin et aux *pilules mirobolantes* de la Salpêtrière nous préférons les plantes indigènes ou acclimatées. Nous avons une malade syphilitique et neurasthénique qui se croit atteinte d'un cancer et dont il nous est arrivé, maintes fois, de vaincre l'insomnie nerveuse au moyen d'une infusion de feuilles d'oranger. D'autres emploieraient le KBr ou la seringue de Pravaz et risqueraient de voir éclore une gastrite médicamenteuse ou la morphinomanie.

Mais elles ne sont pas toutes indifférentes, loin de là, nos plantes indigènes. Il en est même de particulièrement actives et qu'il faut savoir fractionner. Ouvrez Munaret et vous verrez combien on peut récolter en France « d'espèces précieuses sur les rochers les plus stériles, au bord des vallées ombreuses ou sur les bords du ruisseau qui serpente inconnu dans la prairie ». Lisez Gilbert et, quand il vous aura appris qu'on vend dans les officines cinquante fois plus de manne qu'il n'en arrive à Marseille de la Sicile et de la Calabre, vous saurez parfois vous contenter de nos espèces « émollientes » et laxatives indigènes.

Partout, disait Pline l'Ancien, quand on connaît les plantes, le remède se trouve à portée de la main, et Bartholin en Danemarck Jean de Beverwick en Hollande, Prévost en Italie, Burtin et Wauters en Belgique, Champier, A. Constantin, Garidel, Coste, Bodard, Loiseleur, Deslonchamps et tant d'autres en France n'ont fait que répéter ce qu'avait dit Pline l'Ancien.

Si les progrès de la physique et de la chimie ont apporté un tempérament à la belle et confiante affirmation du vieux naturaliste romain, le beau Traité pratique des plantes médicinales indigènes, couronné par l'Académie de Médecine, du Dr H. Cazin, qui fut membre des Sociétés de Chirurgie et de Biologie et chirurgien de l'Hôpital de Berck-sur-Mer, ne nous paraît être nullement pour cela un ouvrage démodé. Et puis si nous ne devions pas employer nos plantes médicinales indigènes, à quoi nous aurait servi de faire, à la Faculté, une année de botanique et d'affronter aux examens le terrible professeur

Baillon ? Et puisque nous avons fait une année de botanique, comment ignorerions-nous que nous avons à notre portée l'aconit, la bryone, la belladone, la chélidoine, la centaurée, le colchique, la coloquinte, la digitale, les ellébores, l'élatérion, les euphorbes indigènes, le grenadier, la gratiole, la jusquiame, la laitue vireuse, les lichens, la moutarde, le nerprun, le pavot et l'opium indigène, la pulsatile, la scille, le seigle ergoté, le stramonium, le tabac, les varechs et l'iode, la valériane, etc... ?

Dans cette liste très abrégée de la flore de France, il y a, nous le savons, des plantes qui nous ont livré leur secret sous la forme de l'alcaloïde et quelques-uns préfèrent ce principe défini à la plante qui peut en être ou très riche ou, tout au contraire, presque dépourvue, suivant le terrain, la chaleur atmosphérique, l'époque de la récolte, etc... Nous ne mettons point les alcaloïdes en interdit. Nous nous contenterons de faire remarquer qu'à côté de l'alcaloïde, il y a, certaines fois, dans la fleur, la tige ou la racine d'où on l'extrait, d'autres principes inconnus qui rendent préférable la racine, la tige ou la fleur. Pour ne citer qu'un exemple, combien de cliniciens, à commencer par Constantin (Paul), ne préfèrent pas à la digitaline les infusions et surtout les macérations de feuilles de digitale ?

Il en est plus d'un que la vogue trop éphémère des médicaments nouveaux ramène à l'usage des anciens, même quand ils semblent insignifiants.

Dr L. Viaud.

NOTES D'HYGIÈNE

Sus à la syphilis!

La *Société française de Prophylaxie sanitaire et morale* est la bienvenue, quoique retardant de plusieurs siècles. Il fallait y songer, et la chose n'était point facile avant l'ère des Sociétés et des ligues qui caractérisent notre époque. Tout vient à point à qui sait attendre.

Pourquoi les maladies sexuelles sont-elles considérées depuis un temps immémorial comme des maladies honteuses ? — Préjugé ! préjugé qu'il faut combattre et démolir. Si l'on s'y prend tard, c'est une raison pour agir promptement et énergiquement.

Ce préjugé spécial aux nations catholiques nous paraît avoir pour origine l'idée de péché mortel attachée à l'acte génital accompli en dehors de l'état de mariage.

La masturbation, l'adultère, le libertinage, ont toujours été flétris par l'Eglise, à juste titre ; mais aussi les maladies vénériennes ont été regardées comme la conséquence et le châtiment des infractions aux règles saintes de l'institution du mariage.

Si les maladies résultant du commerce sexuel ont été autrefois décrétées maladies honteuses, c'est dans un but moral que nous ne saurions méconnaître, mais nous ne pouvons pour autant, subir, sans protester, le côté parfaitement injuste des mesures prises.

Les sociétés de secours mutuels et quelques œuvres d'assistance traitent certains malades comme des *parias* qui n'ont droit à aucun soin, aucun secours, aucune pitié. Et l'exclusion dont ils sont l'objet devient pour eux comme une sorte d'excommunication. Ils sont signalés, montrés du doigt pour ainsi dire, stigmatisés. Aussi dissimulent-ils leur mal et n'osent-ils se soigner, même en secret, dans la crainte que ce secret ne soit surpris (1).

Et puis combien de véritablement innocents parmi ces victimes ! — C'est un jeune adolescent séduit, détourné, entraîné par les premières poussées de la puberté ; c'est le jeune homme imprudent, inconscient, tout à la vie nouvelle ; c'est l'homme dans un instant d'égarement cédant à des sollicitations perverses ; c'est un mari, victime seconde, parce que sa compagne se conduit mal, et un autre qui se satisfait ailleurs parce que sa femme se trouve en proie à des misères physiologiques. Ce sont en un mot les PERDANTS du jeu de l'amour et du hasard. Les heureux, soit par habileté, soit par chance, qui sortent indemnes de ces luttes sexuelles et continuent leurs joyeuses fredaines, bons apôtres glorieux de leurs succès, sont innombrables, tandis que le malheureux frappé du coup de pied de Vénus, subit injustement la réprobation générale, et, penaud, se traîne à l'écart sans souci de se soigner convenablement, devant les inconvénients attachés à ce stupide préjugé qui traite sa maladie de maladie secrète et de maladie honteuse.

Cette expression de *honteuse* n'est point de convention, car aujourd'hui encore toute maladie acquise dans les plaisirs sexuels est bel et bien considérée comme une maladie honteuse dans toute l'acception du mot. Et combien de maladies acquises dans d'autres plaisirs, que l'on soigne au grand jour, devraient être aussi taxées de honteuses, s'il était possible de donner cette qualification à une maladie quelle qu'elle soit !

Pour en revenir à la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, nous admirons son but, mais nous craignons que ses moyens ne soient insuffisants.

Empêcher par des conseils les jeunes gens d'acquérir la syphilis, c'est bien, mais empêcher la propagation de la maladie et obtenir sa guérison, c'est mieux. Il faut détruire la syphilis, en la guérissant d'abord, et en mettant ceux qui la possèdent dans l'impossibilité de la propager ; et quelle tâche difficile !

Pour cela, il faut commencer par supprimer les donneurs de consultations dans les journaux, les guérisseurs des colonnes Rambuteau, les vendeurs de sérum radical, les détenteurs de l'injection unique, les charlatans qui promettent et assurent la guérison en quelques séances. En outre beaucoup, beaucoup de pharmaciens, seraient aussi à faire rentrer dans le devoir.

De plus en plus, le public est attiré et trompé par les réclames des journaux. Il faut être médecin de quartier ou médecin de l'état civil pour juger de l'étendue du mal. Les chroniques sont la proie des instituts dosimétriques, homéopathiques, électriques, magnétiques, des facultés de médecine végétale, vitaliste, dynamique ; ils sont soignés par des industriels en médeci-

(1) Nous avons toujours pensé que ces malades avaient droit comme les autres aux soins et aux avantages des Sociétés.

ne, plus ou moins patentés, jusqu'au dernier moment ; ils leur abandonnent toutes leurs ressources sans compter, préférant leurs traitements mystérieux à celui du médecin qui ne demande que trois francs par visite !

Mais comme les conséquences sont plus graves lorsqu'il s'agit des maladies vénériennes ! Le vénérien prend encore plus rarement que le chronique le chemin du cabinet du praticien qui, pendant cette toujours tardive apparition, le renseigne, le conseille, lui dit la vérité, l'engage à revenir mais sans espoir de... son retour ! — Les blennorrhagies sont soignées par les pharmaciens et s'éternisent : le médecin n'a guère occasion de les soigner que lorsque l'inévitable orchite apparaît. — La syphilis est encore plus mal soignée et comment en serait-il autrement ?

Nous avons autrefois, à propos d'alcoolisme, parlé de la suggestion produite par l'affiche et la presse extra-médicale. Cette suggestion est encore plus impérieuse pour la syphilis. Voilà un malade qui trouve dans son journal, sur tous les murs, dans tous les petits endroits où il s'arrête d'autant plus longtemps qu'il souffre davantage, la promesse de sa guérison rapide et sûre et vous voudriez qu'il vînt vous trouver et qu'il vous écoutât ! Et puis, là, personne n'en saura rien ! Que pourront faire les conferences ou les leçons, à la pension, au lycée ou à la caserne, vis-à-vis l'immense propagande faite en sens contraire ?

La Société française est loin de dire : « Vulgus vult decipi, decipiatur. » — Elle veut, au contraire, instruire, guider le public, mais alors pour arriver au but, il faut supprimer les faux guides.

Nous sommes donc convaincu que le système d'enseignement proposé par la Société française de prophylaxie sanitaire et morale est excellent, mais nous proposons d'y ajouter différentes mesures que nous ne pensons point dépourvues d'efficacité.

1° Supprimer l'article injuste des règlements de sociétés de secours mutuels concernant les maladies vénériennes.

2° Faire comprendre aux pharmaciens qu'il est de leur intérêt et de l'intérêt social d'adresser les malades aux médecins.

3° Qu'il est du plus haut intérêt social également d'empêcher la propagation des maladies vénériennes par la voie de la presse et surtout de l'affichage.

La règlementation s'impose — et la liberté, comme en toute matière d'hygiène, n'a que faire ici.

Si nous considérons notre voisin qui refuse la désinfection comme un assassin que l'on doit arrêter et forcer à suivre le régime commun, nous regardons aussi comme des malfaiteurs pnblics que l'on doit arrêter et empêcher de nuire, les charlatans des journaux quotidiens, des périodiques, des illustrés, et les rastaquouères des pissotières. D[r] COURGEY.

15 avril 1902.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Le *Sou Médical* poursuit le cours de ses succès dans la bataille juridique que provoquent les textes de la loi sur les accidents.

Voici encore des jugements récents, où triomphent, après étude très attentive, les thèses que nous soutenons : 1° en matière d'action contre le patron responsable : 2° au sujet des honoraires dus pour soins à l'hôpital.

Nous publions ensuite un 3[e] jugement faisant application des principes exposés par M[e] Gatineau, sur la prescription, dans le n° 18 du 3 mai 1902 du *Concours médical*.

TRIBUNAL DE PAIX DE VINCENNES.

23 mai 1902. — M. Salomon, juge de paix.

Accidents du travail. — Compétence du juge de paix. — Action directe et action oblique du médecin contre la personnalité responsable en vue du recouvrement des honoraires.

(D[r] Diverneresse c. Cie Par. des Tramways).

Attendu que, suivant exploit de Patin, huissier à Vincennes, en date du vingt-huit mars dernier, le D[r] Diverneresse a fait assigner la Cie Parisienne des Tramways et le sieur Ibos en paiement d'une somme de *deux cent quatre-vingt-quatorze francs* pour soins donnés au dit sieur Ibos, victime d'un accident en travaillant au service de la dite Compagnie ;

Attendu que la Cie oppose à cette demande une exception d'incompétence fondée sur ce que son domicile est à Paris et sur ce que le chiffre de la demande est supérieur à deux cents francs ;

Attendu que Ibos déclare s'en rapporter à la justice ;

Attendu que, les parties ayant développé leurs moyens et conclusions, le tribunal a renvoyé au deux mai pour en délibérer et rendre son jugement ;

Attendu qu'à cette audience, nous avons, à la requête du demandeur, rouvert le débat et remis à huitaine pour conclusions nouvelles ;

Attendu que, la cause de nouveau appelée, le demandeur a conclu à ce qu'il lui soit donné acte de ce qu'il se désiste de sa demande à l'égard du sieur Ibos et, en ce qui concerne la Cie des Tramways, il a conclu subsidiairement et, pour le cas où le tribunal se déclarerait incompétent sur la demande directe qu'il a formée contre elle, à ce qu'il lui soit donné acte de ce qu'il déclare exercer conformément aux dispositions de l'article mille cent soixante-six du Code Civil l'action de Ibos son débiteur et à ce que la Cie soit condamnée en paiement de la somme de deux cent quatre-vingt-quatorze francs pour honoraires des soins donnés au dit ouvrier et à ce que cette condamnation lui soit attribuée ;

Attendu que la Cie défenderesse a conclu à l'adjudication de ses précédentes conclusions et, lui donnant acte, en tant que de besoin, de ce qu'elle se réserve de soutenir l'irrecevabilité de la demande subsidiaire exercée par le docteur Diverneresse en vertu de l'article mille cent soixante-six du Code Civil, se déclarer incompétent et condamner le demandeur aux dépens ;

Attendu qu'au fond la Cie a refusé de conclure ;

Attendu que les avocats des parties ont développé leurs moyens respectifs et que le tribunal a renvoyé à la présente audience pour rendre son jugement ;

Sur l'exception d'incompétence :

Attendu que si l'article quinze de la loi du neuf avril dix-huit cent quatre-vingt-dix-huit attribue compétence en dernier ressort au juge de paix du canton où l'accident s'est produit pour les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise relatives aux frais funéraires, aux frais de maladies et aux indemnités temporaires, il ne résulte pas nécessairement de cette disposition que le juge de paix ne soit compétent que lorsque la contestation s'élève entre la victime et le patron ;

. Que c'est là, il est vrai, le cas habituel, mais qu'il est manifeste que l'intention dominante du législa-

teur a été, dans un intérêt de célérité et d'économie, de confier à ce magistrat le règlement de toutes les contestations qui peuvent s'élever relativement aux objets qu'il indique ;

Attendu que l'article quatre, en édictant que les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires seront supportés par le chef de l'entreprise, a virtuellement donné le droit à ceux auquels les frais sont dus de les réclamer directement à celui-ci devant la juridiction instituée par l'article quinze ;

Qu'en décider autrement serait la plupart du temps mettre ces créanciers dans l'imposibilité de recouvrer leurs créances et enlever toute sanction à la disposition précitée de l'article quatre ;

Qu'en effet, en ce qui concerne notamment le médecin choisi par l'ouvrier blessé, si celui-ci est insolvable, en refusant au médecin l'action directe contre le patron, il lui sera impossible de se faire payer ;

Que d'autre part, l'ouvrier, n'ayant pas payé son médecin, n'aura lui-même contre son patron aucune action en remboursement, de telle sorte que c'est ce dernier qui, malgré la disposition formelle de l'article quatre, bénéficiera de cette situation au détriment du médecin ;

Attendu que, contrairement au vœu de la loi, le résultat inévitable d'une pareille situation serait de priver l'ouvrier du choix de son médecin;

Attendu que vainement on prétendrait que le médecin pourra poursuivre directement le chef de l'entreprise devant la juridiction ordinaire ; que puisant son droit d'action directe dans l'article quatre de la loi exceptionnelle de mil huit cent quatre-vingt dix-huit, c'est seulement devant la juridiction instituée par cette loi qu'il peut le faire valoir ;

Au fond :

Attendu que les considérations qui précèdent rendent inutile l'examen de la demande subsidiaire.

Attendu que la Cie défenderesse refusant de conclure, il y a lieu de donner défaut contre elle et d'adjuger au demandeur le montant de sa demande ;

Attendu que, par suite du désistement du docteur Diverneresse à l'égard du sieur Ibos, il y a lieu de mettre celui-ci hors de cause ;

Par ces motifs ;

Le tribunal, jugeant en premier ressort, se déclare compétent,

Et statuant au fond, donne défaut faute de conclure contre la Cie, la condamne à payer au docteur Diverneresse la somme de deux cent quatre-vingt-quatorze francs ;

La condamne en outre aux dépens, sauf ceux occasionnés par la mise en cause du sieur Ibos.

Donne acte au demandeur de ce qu'il se désiste de sa demande à l'égard du sieur Ibos, met celui-ci hors de cause, condamne le demandeur aux dépens occasionnés par la mise en cause d'Ibos.

La jurisprudence s'est montrée jusqu'à ce jour fort divisée en ce qui concerne l'interprétation à donner à l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898. A côté de l'art. 4 qui, dérogeant au droit commun en matière de responsabilité, édicte que « le « chef d'entreprise *supporte* (en outre des indem« nités fixées par la loi) les frais médicaux et « phamaceutiques... », l'art. 15 apporte aussi une dérogation aux règles de la compétence, en disant que « les contestations entre les victimes « d'accidents et les chefs d'entreprise, relatives « aux frais funéraires, aux frais de maladie ou « aux indemnités temporaires, sont jugées en « dernier ressort par le juge de paix du canton « où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que « la demande puisse s'élever ».

Si l'on prend ce texte à la lettre, on incline à penser que la règle de compétence de l'art. 15 n'est pas applicable toutes les fois que la contestation relative aux frais médicaux et pharmaceutiques se produit entre le chef d'entreprise et, non plus l'ouvrier, mais des tiers, tels que : administration hospitalière, médecin ou pharmacien. Ce serait alors les règles ordinaires qu'il faudrait appliquer à savoir la compétence du tribunal du domicile du défendeur et non de celui du lieu de l'accident, et du tribunal civil et non de la justice de paix, lorsque la note d'honoraires dépasse 200 francs.

Un certain nombre de décisions se sont rangées à cette opinion. Mais le plus grand nombre des décisions des juges de paix, ainsi qu'un arrêt de la Cour de Dijon du 27 février 1897 (Sirey 1898-2-187) rendu en matière de demande en paiement intentée par une administration hospitalière, ont adopté la thèse contraire.

La décision du juge de paix de Vincennes que nous donnons ci-dessus nous paraît avoir déduit d'une façon particulièrement forte les raisons juridiques qui militent en faveur de ce dernier système. En outre, cette décision a été rendue dans des conditions qui lui donnent une valeur toute particulière. En effet la thèse de l'inapplicabilité de la règle de compétence de l'art. 15 était soutenue, au nom de la Compagnie, par un avocat des plus distingués du barreau de Paris, Me Georges Dreyfous, auquel le Sou médical avait prié Me Gatineau, son conseil, de répondre pour le Dr Diverneresse. Les deux systèmes juridiques ont par suite été exposés dans toute leur ampleur.

Dans l'espèce, le médecin avait été choisi par l'ouvrier.

Ce dernier n'étant pas en situation de payer son médecin, le Dr avait été obligé de l'assigner en même temps que la Compagnie, chef d'entreprise. Celle-ci soutenait que le juge de paix ne pouvait être compétent à son égard, parce que, disait-elle, l'art. 15 de la loi ne lui attribuait compétence qu'au regard de l'ouvrier, victime de l'accident. Elle voulait faire renvoyer le médecin, créancier d'une somme supérieure à 200 fr., à se pourvoir devant le tribunal civil. La Compagnie ajoutait que le médecin n'ayant pas été mis en œuvre par elle, il n'existait pas de *lien de droit* entre elle et lui. Il a été répondu au nom du médecin que le lien de droit résultait du texte même l'art. 4 qui met à la charge du chef d'entreprise, dans tous les cas, les frais médicaux et pharmaceutiques ; que le médecin devait forcément avoir une action contre le chef d'entreprise pour se faire rémunérer de frais correspondant à l'exécution d'une obligation mise par la loi à la charge de ce dernier, qu'en tous cas l'ouvrier ayant, aux termes de la loi de 1898, une action contre le patron pour le paiement desdits frais, le médecin, créancier de l'ouvrier, devait pouvoir, aux termes du droit commun (art. 1166 du Code Civil), exercer l'action de son débiteur et par suite réclamer son paiement au patron. Il était répliqué par la Compagnie que, d'une part, les termes restrictifs de l'art. 15 ne permettaient pas l'action directe, et que, d'autre part, l'action oblique devait être refusée au médecin, parce que l'ouvrier n'ayant pas payé, son médecin ne devait pas avoir d'action pour réclamer au patron le remboursement des frais médicaux et que, par suite, le médecin ne pouvait exercer une action qui ne se trouvait pas quant à présent dans le patrimoine de son débiteur. Ce système conduisait à ce résultat inique : le médecin pouvait bien poursui-

vre l'ouvrier, mais il ne pouvait se faire payer par lui puisque les ressources de celui-ci ne lui permettaient pas de faire cette avance ; l'ouvrier ne pouvait pas réclamer au chef d'entreprise les honoraires du médecin, puisqu'il n'avait pas payé ce dernier et en fin de compte le médecin n'avait contre le patron ni action directe ni action oblique. Le chef d'entreprise gardait le montant des frais médicaux que la loi met à sa charge et le médecin attendait sous l'orme. Le système de la Compagnie avait encore une autre conséquence : si l'art. 15 n'était applicable qu'entre chefs d'entreprise et ouvriers, le médecin, créancier de l'ouvrier d'une somme supérieure à 200 francs était obligé d'assigner celui-ci non devant le juge de paix, mais devant le tribunal civil et de faire environ 200 fr. de frais pour obtenir un titre contre un insolvable ou en tous cas contre un homme que, par humanité, il n'aurait jamais voulu exécuter. D'autre part, l'ouvrier ne pouvait appeler son patron en garantie devant le tribunal civil, puisque l'art. 15 dit que c'est le juge de paix qui est seul compétent pour ce genre de contestation entre lui et son patron, et encore, pour assigner son patron devant le juge de paix, fallait-il, d'après le système soutenu par la Cie, que ses ressources lui aient permis d'acquitter préalablement la note d'honoraires de son médecin. Supposons encore que l'ouvrier, condamné par le tribunal civil, au paiement des honoraires du médecin puisse s'acquitter. S'il ne craint pas de se faire renvoyer et s'il a l'audace d'assigner le patron devant la justice de paix conformément aux art. 4 et 15 de la loi, le patron pourra discuter la note en prétendant qu'elle dépasse le tarif de l'assistance médicale gratuite dans les limites duquel il est seulement tenu. Si l'application de l'art. 4 conduit le juge de paix à ne condamner le patron qu'au remboursement d'une partie seulement des frais médicaux payés par l'ouvrier, partie des frais de justice de paix pourra être laissée à la charge de ce dernier, et même la totalité, si le patron a fait des offres réelles jugées suffisantes. Au cas où il n'y aurait pas lieu à réduction de la note au regard du patron, le juge de paix devra sans doute condamner ce dernier aux dépens de l'instance introduite devant lui. Mais les frais beaucoup plus considérables de l'instance devant le tribunal civil payés par l'ouvrier devront rester à la charge de celui-ci, rien ne permettant de les mettre à la charge du chef d'entreprise étant donné qu'il était étranger à cette instance et qu'il ne pouvait être ni appelé en garantie, ni mis en demeure de payer tant que l'ouvrier ne se serait pas acquitté envers le médecin.

Ce beau système, qui a pour résultat d'acculer dans une impasse les ouvriers et les médecins, procurerait aux Compagnies ayant organisé un service médical, et surtout aux Compagnies d'assurances ayant des traités au rabais avec un médecin, un procédé infaillible de pression sur les ouvriers pour les priver du droit que leur accorde la loi, de choisir leur médecin.

S'il est vrai qu'en présence de dispositions formelles d'une loi, le juge ne puisse pas l'amender, même pour éviter des conséquences absurdes ou injustes que n'a pas prévues le législateur, les règles d'interprétation des lois lui permettent et même lui commandent de ne pas se confiner dans une application littérale d'un texte, lorsqu'elle conduirait à anéantir l'œuvre même du législateur et à fausser la loi elle-même. Lorsque la rédaction d'une loi, quoique présentant un sens nettement déterminé, n'exprime pas exactement la pensée du législateur, le rôle du juge est de rechercher quelle est la véritable pensée, et quelle est l'interprétation qui correspond à l'exacte application de la Loi. (Voir Aubry et Rau, *Cours de Droit Civil*, t. 1er, § 39 bis et 50. Discours d'installation de M. Ballot-Beaupré, premier président de la Cour de cassation 1900). Ce sont ces règles qu'a appliquées le juge de paix de Vincennes, en démontrant qu'une interprétation de l'article 15 autre que celle à laquelle il s'est rangé, conduirait à une violation formelle de la loi elle-même.

La solution que nous venons d'examiner ne s'applique qu'au cas où le médecin a été choisi par l'ouvrier. Que faut-il décider, lorsqu'il a été choisi et mis en œuvre par le patron, et qu'il se produit une contestation entre eux sur le chiffre des honoraires ? Dans ce cas, il existe un lien de droit, dans les termes du droit commun, entre le médecin et le chef d'entreprise. On pourrait être tenté de dire que, dès lors, le médecin, ayant l'action du droit commun, doit suivre les règles ordinaires de la compétence, c'est-à-dire saisir le tribunal civil, s'il s'agit de plus de 200 fr., et assigner en tous cas devant le tribunal du domicile du défendeur. Cependant, le médecin même choisi par le patron, trouve encore dans les articles 4 et 15 de la loi de 1898 un principe d'obligation à la charge du patron. Pourquoi, en se basant sur ces dispositions de la Loi, sans se réclamer de l'action du droit commun, ne bénéficierait-il pas des règles exceptionnelles de la compétence en matière d'accidents du travail ? Nous ne voyons aucune bonne raison pour refuser au médecin tout au moins le choix entre ces deux actions et par suite entre les juridictions. Ce sera à lui à rédiger son assignation de manière à bien préciser s'il exerce l'action du Code civil au titre des obligations, ou celle résultant de la loi de 1898.

Mais ce qu'il faut souhaiter, le but qu'il faut poursuivre, c'est de faire adopter par le Législateur un texte qui réglemente d'une façon définitive la question de compétence dans toutes les hypothèses.

Quant au médecin mis en œuvre par l'ouvrier, nous lui conseillons de saisir toujours le juge de paix du lieu de l'accident, par une assignation libellée à peu près en ces termes :

Attendu que le Dr X..., a donné ses soins à Z., ouvrier au service de A.., blessé dans son travail ; qu'il a été choisi par l'ouvrier ; qu'il lui est dû pour honoraires la somme de...

Attendu que le Dr X., est en droit, aux termes des articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898, de réclamer directement au chef d'entreprise le montant des frais médicaux que la loi met à sa charge, et qu'en tous cas et en tant que de besoin il serait encore en droit, en vertu de l'article 1166 du Code civil, comme exerçant les droits de Z.., ouvrier, son débiteur, d'exercer contre le chef d'entreprise l'action résultant à son profit des dispositions de l'article 4 de la susdite loi, et ce, dans les termes et suivant les règles de compétence que l'article 15 impose à son susdit débiteur ;

Par ces motifs,

Condamner le sieur A. à payer au Dr X..., la somme de.,.......... pour les causes sus-énoncées.

Ajoutons que si, dans une hypothèse comme

celle soumise au juge de paix de Vincennes, la mise en cause de l'ouvrier n'est pas indispensable, il est préférable le plus souvent, dans l'état actuel de la législation, de l'assigner solidairement avec le patron, au besoin en le prévenant que cette mise en cause est une formalité dont il n'a pas à s'inquiéter.

En voici la raison. L'article 15 limitant l'obligation du patron au paiement des frais médicaux aux conditions du tarif de l'assistance médicale gratuite, il peut se présenter des cas où le juge de paix aura à prononcer une condamnation contre l'ouvrier pour une somme plus forte que celle mise à la charge du patron. (Ex.: jug. du tribunal de paix du IIe arr. de Paris, du 15 avril 1901. *Concours médical* 17 août 1901, Thébault c. Monnier, patron, et Hérault, ouvrier. Sur 25 francs réclamés, le patron n'a été condamné qu'à 15 francs et l'ouvrier a eu en plus 10 francs à sa charge). En second lieu, pour les juges de paix qui hésiteraient à admettre l'action directe du médecin contre le chef d'entreprise, comme cela s'est présenté dans quelques espèces, il y a lieu de se prévaloir, autant que de besoin, de l'action oblique de l'article 1166, et il n'est guère possible de soutenir sérieusement que le médecin ne peut exercer l'action de l'ouvrier parce que celui-ci n'aurait lui-même pas d'action contre son patron tant qu'il n'a pas payé son médecin, comme l'a fait dans l'espèce ci-dessus la Cie parisienne des tramways. Or, si pour l'exercice de l'article 1166, la mise en cause du débiteur n'est pas exigée par la loi, elle peut être utile à divers points de vue, notamment au point de vue du tiers contre lequel est exercée l'action oblique. (Baudry Lacantinerie et Barde, *Traité th. et prat. du Droit Civil. Des Obligations*, 1900, § 1, n° 636), comme aussi dans la discussion pour la fixation du chiffre des honoraires.

Nous apprenons que la Cie des Tramways a interjeté appel du jugement rendu contre elle.

Le « Sou médical » est là pour soutenir la lutte, avec le Dr Diverneresse, devant toutes les juridictions où il plaira à cette entreprise financière de traîner notre confrère.

Avec notre association de défense professionnelle, les puissances d'argent ne peuvent plus espérer triompher des médecins qui en font partie, soit par la lassitude, soit par la crainte des frais de justice.

Tribunal de paix de Bellême.

23 mai 1902. M. Besnard, juge de paix.

Accidents du travail. Le chef d'entreprise est responsable des honoraires dus au chirurgien de l'hôpital.

Nous juge de paix, soussigné.

Entre :

M. le Dr Chamousset, demeurant à Bellême, demandeur, d'une part.

Et M. François Gaulard conducteur d'omnibus demeurant à Bellême, défendeur principal, d'une 2e part; et Monsieur Fortuné-Louis-Albert Touche, minotier demeurant à Bretoncelles, défendeur, appelé comme garant en cause, d'une 3e part ;

Vidant notre délibéré ordonné le neuf courant, ayant reconnu que la cause a présenté à juger les questions suivantes :

1° L'articulation du Dr Chamousset est-elle fondée et justifiée ?

2° La demande en garantie de Gaulard est-elle recevable et fondée ?

3° *Quid* des dépens ?

En ce qui touche la demande principale :

Attendu que, par exploit de Me Boissel, huissier à Bellême, en date du 29 avril dernier, le Dr Chamousset a fait citer Gaulard devant nous pour le faire condamner à lui payer, avec intérêts de droit et dépens, la somme de 83 francs, qu'il lui doit pour soins donnés dans le courant du mois de janvier de l'année 1901, à raison d'un grave accident dont Gaulard a été victime, alors qu'il était au service de Touche en qualité de garçon meunier ;

Attendu que, dans ses explications d'audience, le Dr Chamousset complète sa citation et expose qu'il a prodigué ses soins à Gaulard depuis le 4 janvier 1901 jusqu'au 30 du même mois en lui faisant des pansements longs et compliqués ; que le chiffre de ses honoraires est très modéré ;

Attendu que Gaulard reconnaît la légitimité de la demande formée contre lui ; qu'elle doit être accueillie ;

Attendu que Gaulard a fait appeler en garantie, par exploit de Petron, huissier à Regmalard, en date du 30 du dit mois d'avril, le sieur Touche, son patron pour entendre dire et juger qu'il serait tenu de l'indemniser des condamnations qui seront prononcées contre lui en principal et accessoires ;

En ce qui regarde cette demande en garantie, sur notre compétence :

Attendu qu'aucune exception de ce genre n'a été soulevée, que nous devons néanmoins, eu égard aux circonstances particulières de la cause, chercher si nous pouvons connaître de cette action en garantie ;

Attendu qu'aux termes de l'article 59 du Code de procédure civile, applicable en justice de paix, c'est le tribunal du lieu où la demande originaire est pendante qui se trouve compétent lorsque, comme dans l'espèce, le débat s'agite entre personnes soumises à la même juridiction ; que nous sommes valablement saisi ;

Attendu que, d'autre part, si l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 attribue compétence au juge de paix du canton où l'accident s'est produit (dans l'espèce le canton de Regmalard) pour juger en dernier ressort des contestations entre les victimes d'accidents et le chef de l'entreprise relatives au frais de maladie, cette compétence « *ratione loci* », qui n'a été créée que pour faciliter aux victimes l'accès de la justice et assurer un examen plus précis des faits de la cause, n'est pas d'ordre public et ne peut par conséquent être soulevée d'office par le Juge, mais doit, pour être admise, être proposée par le défendeur « in limine litis » ; qu'en effet, le juge de paix n'agit pas par ordre de la loi, mais doit être saisi par les parties à l'occasion de contestations existant entre elles ; qu'il s'agit dès lors d'un procès qui s'engage dans les conditions ordinaires; que dans ce cas il n'est pas fait exception au droit commun, qui permet aux intéressés de renoncer à cette incompétence, l'article 15 de la loi susvisée n'étant pas plus impératif que l'article 59 du Code civil et dès lors ne pouvant le modifier ;

Attendu que l'article 30 de la loi frappe de nullité toutes conventions contraires aux dispositions de cette loi, mais qu'il est hors de doute que cet article ne peut viser que les conventions relatives à l'étendue des obligations du chef d'entreprise et à la limite des droits de la victime ou de ses représentants et ne saurait s'étendre au délit ;

Attendu que Touche ayant conclu au fond sans avoir soulevé aucun moyen touchant notre compétence, nous restons valablement saisi de l'action en garantie dirigée contre lui ;

Au fond :

Attendu qu'il résulte des débats et des circonstances de la cause qu'à la date du 2 janvier 1901 Gaulard, garçon meunier au service de Touche, a été victime d'un grave accident ; qu'en conduisant une lourde voiture chargée de farine, il a eu les cinq doigts du pied droit écrasés par la roue ;

Attendu que cet accident s'étant produit pendant la durée et par le fait du travail de Gaulard, il se trouve régi par la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que, le 4 janvier, Gaulard, qui avait déjà obtenu sur place les soins d'un médecin, manifesta le désir de rentrer chez lui à Serigny, mais qu'y étant arrivé, il fut convaincu qu'il ne pourrait y recevoir utilement le traitement que réclamait son état : que c'est dans ces circonstances qu'il fit appeler auprès de lui le Dr Chamousset pour le faire entrer à l'hospice de Bellême, ce qui eut lieu le même jour ;

Attendu que Gaulard est resté à l'hôpital jusqu'au 30 du dit mois, soit pendant 27 jours ; que, pendant ce laps de temps, il a été soigné par le Dr Chamousset qui lui a fait 27 pansements longs et compliqués ;

Attendu que Touche, par son mandataire, reconnaît la responsabilité qui lui incombe et ne conteste pas qu'il soit dû au Dr Chamousset une somme de 83 francs, mais qu'il soutient que ce dernier ne peut exercer aucune réclamation parce que, en sa qualité de médecin de l'hôpital, il touche un traitement ; que dans ces conditions il devait donner gratuitement tous ses soins à Gaulard ;

Attendu qu'il y a lieu de rechercher la valeur de ce moyen ;

Attendu que, si, d'après les lois qui régissent les hospices communaux, celui de Bellême est tenu de recevoir les vieillards indigents de la commune et les individus privés de ressources tombés malades dans sa circonscription, Touche ne saurait être fondé à soutenir que Gaulard, alors domicilié à Bretoncelles, où l'accident dont il a été victime s'est produit, avait le droit d'exiger son admission à l'hospice de Bellême ;

Attendu, il est vrai, qu'il est permis aux hospices de recevoir des étrangers à la commune comme pensionnaires payants, à des conditions arrêtées mais que le médecin de l'hospice, quoique recevant un traitement, ne doit ses soins gratuits qu'à ceux qui sont admis comme indigents et non comme pensionnaires payants ;

Or, attendu que les ouvriers blessés dans leur travail, étrangers à la commune où se trouve situé l'hôpital et appartenant à la catégorie de ceux visés par la loi du 9 avril 1898, doivent être transportés à l'hospice lorsque la nature des lésions nécessite un traitement special, lequel coûte moins cher qu'à domicile et a l'avantage, dans la plupart des cas, d'assurer une guérison plus rapide et plus complète du blessé ; que, dans ce cas de transport, nous ne saurions admettre que ces ouvriers, dans l'impossibilité momentanée de travailler, soient assimilés à des individus privés de ressources personnelles indépendantes de leur salaire quotidien.

Qu'en fût-il ainsi, leur patron, à raison précisément de l'accident dont ils ont été victimes, est tenu de payer une indemnité fixée à la moitié de leur salaire journalier et de rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui sont la conséquence directe de l'accident ; qu'il en résulte qu'à tous ces points de vue, ces ouvriers ne doivent pas être considérés comme indigents.

Attendu que Touche ne justifie pas qu'au moyen de la somme de 1 fr. 60 par jour, l'hospice de Bellême s'était engagé non seulement à recevoir Gaulard comme pensionnaire, mais encore à lui faire pratiquer gratuitement par le médecin les soins dont il avait besoin jusqu'à complète guérison ; que s'il en eût été ainsi l'hospice aurait demandé une somme supérieure à celle sus indiquée ;

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que la fin de non recevoir opposée par Touche à la demande en garantie formée contre lui n'est pas fondée et doit être rejetée ;

En ce qui concerne le chiffre des honoraires réclamés ;

Attendu qu'aux termes de l'article 15 de la loi de 1898 déjà énoncée, le juge de paix a le pouvoir souverain d'appréciation pour toutes contestations relatives au payement des frais médicaux ; que, pour éviter des abus, le patron n'est tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge, qui doit s'inspirer du tarif adopté dans chaque département sur l'assistance médicale gratuite ;

Attendu que la somme de 85 francs que le Dr Chamousset estime lui être due est basée sur ce tarif et n'est que la juste et équitable rémunération des frais nécessités par le traitement de Gaulard, que cette somme ne doit subir aucune réduction ;

Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Statuant contradictoirement et en dernier ressort ;

Sur la demande principale ;

Disons de bonne cause l'action du Dr Chamousset et y faisant droit, condamnons Gaulard à lui payer la somme de 85 francs qu'il lui doit pour les causes susénoncées ;

Le condamnons aux intérêts de droit à partir du 29 avril, jour de la demande en justice;

Le condamnons aux dépens liquidés à 24 fr. 75 ;

Sur la demande en garantie ;

Déclarons Gaulard recevable et bien fondé dans son action récursoire et son appel en garantie contre Touche ;

En conséquence, condamnons ce dernier à le garantir et indemniser des condamnations ci-devant prononcées contre lui, Gaulard, au profit du Dr Chamousset, en principal, intérêts et dépens.

Ainsi jugé et publiquement prononcé à l'audience du dit jour.

Et nous avons signé avec le greffier, lecture faite.

Signé : Georges Courtois et Besnard.

REPORTAGE MÉDICAL

L'hospitalisation des « accidentés » du travail à Bordeaux. — La réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux s'est occupée de l'hospitalisation des « accidentés du travail. » Le principe du paiement des opérations faites à cette catégorie de blessés a été admis. Mais, au lieu d'adopter les prix multiples et variables à l'infini du tarif girondin, la réunion a jugé que les opérations devaient être groupées et ne former que quatre catégories, auxquelles correspondraient les prix de 25, 50, 150 et 200 francs pour toutes les interventions de chirurgie générale ou spéciale.

Mais en proposant ce tarif à l'administration, la réunion a insisté sur le grand danger qu'il y aurait à étendre ce tarif à d'autres malades que les « accidentés » du travail. Il ne faudrait pas, en effet, ouvrir la porte de l'hôpital à une foule de malades aisés qui, « en payant le tarif », se croiraient autorisés à avoir le droit de venir prendre à l'hopital la place des pauvres.

Enfin, la majorité de la réunion a exprimé le désir de voir l'administration supprimer les grands et les petits payants, qui, depuis l'installation des maisons de santés, n'ont plus leur raison d'être.

Les instituteurs et la tuberculose. — L'*Union nationale* des sociétés de secours mutuels et des associations amicales d'*Instituteurs* et d'*Institutrices*, fondée en vue de combattre plus efficacement la tuberculose a obtenu l'approbation de ses statuts par arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 15 janvier 1902.

Cette union, reconnue maintenant, marque une étape très importante dans la campagne menée depuis quelque temps par les instituteurs en faveur de leur corporation, particulièrement éprouvée.

C'est alors que, sur l'initiative de M. Leune, inspecteur d'Académie à Arras, fut décidée la réunion du Congrès qui eut lieu à la Sorbonne, les 26 et 27 septembre et où furent prises les résolutions créant l'*Union des sociétés de secours mutuels des instituteurs.* Celle-ci forma bientôt une commission, chargée d'étudier les moyens de construire un sanatorium et elle vient d'obtenir l'autorisation d'émettre un mil-

lion de billets de loterie à un franc. L'œuvre trouvera là ses premières ressources, mais elle compte sur les cotisations et souscriptions de ses membres pour couvrir la plus grosse part de ses dépenses d'entretien ; elle a confiance, et ce n'est pas sans raison, dans la bonne volonté et la puissance des mutualistes réunis, pour pouvoir réaliser une grande entreprise.

Cette Association s'adresse à tous les instituteurs de France, mais, en Seine-et-Oise, il existe une œuvre encore plus ancienne, dont le fonctionnement est particulièrement intéressant : nous voulons parler de *l'œuvre antituberculeuse des instituteurs et des institutrices de Seine-et-Oise*, qui est une Société de secours mutuels et la première assurance mutuelle contre la tuberculose. Ses statuts ont été approuvés le 27 janvier dernier, et depuis son fonctionnement, elle a surmonté bien des difficultés, grâce à son dévoué Président, M. Pestelard, Inspecteur d'Académie à Versailles, et à M. le Dr Plicque, qui ont montré dans l'accomplissement d'une tâche pénible qu'ils s'étaient imposée, un zèle et une ténacité inlassables.

La tuberculose et les industriels. — D'un très intéressant rapport sur la lutte contre la tuberculose dans l'usine et l'atelier, publié par *l'Association des industriels de France contre les accidents du travail*, nous reproduisons les conclusions suivantes.

Après avoir entendu et discuté ce rapport, le conseil de direction de l'Association des industriels de France contre les accidents du travail ;

1° Appelle la sérieuse attention des industriels sur la nécessité de combattre énergiquement la propagation de la tuberculose parmi leur personnel d'ouvriers et d'employés :

2° Les engage à substituer, toutes les fois qu'il sera possible, le nettoyage humide des ateliers au nettoyage à sec, à faire effectuer autant que possible le balayage le soir, après le départ des ouvriers plutôt que le matin avant leur entrée ;

3° Les engage aussi à éviter, dans toute la mesure possible, l'action nocive des poussières professionnelles, soit en aspirant ces poussières pour les recueillir ou les détruire, soit en faisant usage de masques-respirateurs lorsque ce dernier moyen sera seul possible :

4° Leur conseille de faire, dans leurs ateliers et bureaux usage de crachoirs, en recommandant au personnel de se servir de ces appareils et de ne pas cracher sur le sol :

5° Leur conseille de faire à cet égard l'éducation du personnel en lui expliquant, par des avis affichés et des instructions verbales, l'intérêt considérable qui existe, pour les ouvriers et leurs familles, à ce que cette précaution hygiénique soit observée ;

6° Leur conseille, enfin, d'appeler l'attention de leur personnel sur les dangers de l'alcoolisme et sur sa corrélation avec la tuberculose.

Un tarif des oculistes. — La Société française d'Ophthalmologie, après la Société d'Ophtalmologie de Paris, le Syndicat des Oculistes de Bordeaux et les Oculistes de Rouen, s'est occupée de la question des honoraires médicaux en matière d'accidents. Le Dr Morax, en qualité de secrétaire de la Société d'Ophtalmologie de Paris a publié les résultats de la demande d'entente générale faite par lettres à tous les ophtalmologistes français. De nombreuses adhésions ont été adressées, des remarques diverses ont été faites. La principale a été renouvelée à la séance du 7 mai dernier, à la Société française d'Ophtalmologie. Un certain nombre d'ophtalmologistes de province, du nombre duquel nous sommes, ont trouvé un peu faible la proposition de tarif général de la Société d'Ophtalmologie de Paris, en ce qui concerne les opérations les plus importantes, à cause de la responsabilité qu'elles entraînent et de leur complication.

A la suite de la discussion, il a été arrêté qu'un tarif un peu différent serait élaboré, renfermant quelques modifications. On chercherait en même temps à avoir une entente avec les diverses assurances. (*Revue médicale de Normandie.*)

Un concours. — La Société d'Hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour 1902.

Petit manuel d'hygiène

à l'usage des élèves des écoles primaires.

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et par conséquent ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, au docteur Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'enfance, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

Nota. — La Société d'hygiène de l'enfance n'acceptera et ne récompensera en dehors du sujet du concours aucun autre mémoire, même traitant de l'hygiène de l'enfance.

Les conditions du concours sont formelles. Aucun autre mémoire que ceux qui traiteront la question n'y sera admis

Tout auteur qui se sera fait connaître sera exclus du concours.

Les personnes qui ont des communications à faire sur l'hygiène matérielle ou morale de l'enfance peuvent les adresser à la Société qui les recevra avec reconnaissance. Elles pourront, si leurs travaux sont jugés sérieux et utiles, en être récompensés par l'insertion dans le *Bulletin* et par le titre de membre correspondant.

Congrès international de médecine de Madrid. — On sait que le 14e Congrès International de Médecine se tiendra à Madrid, du 23 au 30 avril 1903.

Dans le but d'assurer et de faciliter la participation des Médecins français à ce Congrès, une Assemblée composée des Délégués des Sociétés savantes et des Facultés de Médecine françaises, a eu lieu le 5 mai à la Faculté de Médecine de Paris.

Cette Assemblée, après avoir désigné un certain nombre de rapporteurs scientifiques, a nommé un Comité exécutif, dont le Professeur Brouardel a accepté la Présidence.

Ce Comité exécutif s'occupera de toutes les questions concernant l'organisation du Congrès. Il servira d'intermédiaire entre le Comité espagnol du Congrès international et les Médecins français qui se rendront à Madrid.

Ceux de nos compatriotes qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont priés d'envoyer, dès maintenant, leur Adhésion au Docteur Richardière, Secrétaire général du Comité exécutif et aussi de lui envoyer les titres des communications qu'ils peuvent avoir l'intention de faire.

Le prix de la cotisation est fixé à 30 pesetas. Il sera versé à Madrid, entre les mains du Trésorier du Congrès de Médecine.

Les demandes de renseignements peuvent être adressées au Docteur Richardière (Paris, 18, rue de l'Université.)

3e Congrès international des Médecins d'assurance. — Le troisième Congrès international des Médecins des Compagnies d'assurances aura lieu à Paris, au mois de mai 1903.

Le comité d'organisation est définitivement constitué de la manière suivante :

Président : M. le Professeur Brouardel.

Vice-Présidents : M. le Professeur Landouzy, M. le docteur Peyrot, M. le docteur Lereboullet, M. le docteur Poels, de Bruxelles.

Secrétaire-Général : M. le docteur Armand Siredey.

Secrétaire-Général-Adjoint : M. le docteur Emery.

Trésorier : M. P. Masson, Editeur, 120 bd. Saint-Germain, Paris.

Membres du Comité :

M. le docteur Brault, M. le docteur Boissier, M. le docteur A. Chauffard, M. le docteur Descoust, M. le docteur Duboys de Lavigerie, M. Fassy, directeur de la Compagnie « l'Urbaine », M. le docteur Garrigues, M. le docteur Gouel, M. Grimprel, directeur de la Compagnie « La Nationale », M. Guieysse, député, président de l'Institut des Actuaires, M. le docteur Ed. Hirtz, M. de Kertanguy, directeur de la compagnie « d'Assurances Générales », M. le docteur Lacombe, M. Matignon, directeur de la compagnie « Le Phénix », M. le docteur Mauriac, M. Pérard, directeur de la compagnie « La Confiance » M. le professeur Proust, M. de Serbonnes, directeur, de la compagnie « L'Abeille », M. le docteur Schwebisch, M. le docteur J. Voisin, M. le docteur Weil-Mantou.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à M. le Docteur A. Siredey, 80, rue Taitbout, à Paris.

Bibliographie. — *Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles*, par C. Crinon, Pharmacien de 1re classe, Ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris. Directeur du *Répertoire de Pharmacie* et des *Annales de Chimie analytique*, 9e édition, chez M. Rueff, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. *Prix* : 4 francs. — Dans la neuvième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Acétopyrine*, l'*Agurine*, le *Camphorate de gaïacol*, le *Camphorate de pyramidon*, les *Glycéro-arseniates de chaux et de fer* ; l'*Hermophényl*, l'*Hontine*, l'*Iodipine*, la *Lécithine*, le *Purgatol*, le *Myosérum*, le *Tétranitrol* et les *Vasoliments*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

Cette publication, toujours signalée par nous à chaque édition nouvelle, constitue un document utile pour les praticiens qui nous avouent à tout instant le désarroi que leur cause la publicité enfantine par voie de prospectus.

Hôpitaux et Faculté.

L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine, statuant sur la demande de M. Tillaux, a décidé, par 18 voix contre 14, de lui attribuer, par permutation, la chaire qu'occupait M. Farabeuf.

Il sera statué prochainement par le ministre de l'Instruction publique.

— MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier et qui n'auraient pu pour des motifs sérieux accomplir ce stage en 1901-1902 (1er décembre au 15 juin) sont informés qu'ils pourraient être placés pendant la période de vacance (1er juillet 1er novembre) dans certains services de clinique qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande au doyen du 15 juin au 15 juillet, en indiquant s'ils désirent un service de médecine ou de chirurgie.

— Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Ch. Lenormand et Schwartz.

Le concours pour la nomination de deux assistants et d'un assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux s'est terminé par les nominations *ex æquo* de MM. Bourgeois et Caboche comme assistants titulaires, et de M. Guiset comme assistant adjoint.

Concours des hôpitaux (Médecine). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Marie, Auclair, Labbé, Fournier, Apert et Berger.

— M. le Dr Puppin, secrétaire de la Faculté de médecine, vient d'être relevé de ses fonctions et remplacé par M. Grizez.

— Les étudiants en médecine, réunis en assemblée générale à l'hôtel des Sociétés savantes, viennent de décider, sur la proposition de M. Duhem, étudiant, la formation d'une Association générale des étudiants.

— Le *Journal Officiel* a publié récemment un décret du 29 mai 1902, relatif aux délais d'ajournement dans les examens de doctorat en médecine et dans les examens probatoires de pharmacie.

Aux termes de ce décret, les délais d'ajournement, prévus aux articles 1er et 4 du décret du 24 juillet 1899, peuvent être abrégés d'un mois au premier échec, de deux mois au second, de quatre mois au maximum au troisième, par décisions du conseil de la faculté ou école ou de la commission scolaire nommée par lui.

Il faut évidemment voir là une concession à la protestation des étudiants contre l'article 4 du décret du 24 juillet 1899 que nous avons publié en son temps. On raconte que le Conseil de la Faculté y était opposé, mais que le Doyen s'est montré favorable quand même dans la réponse qu'il transmettait au ministre.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4823. M. le docteur Kalt, de Paris, présenté par MM. les docteurs Gouffier, de Neuilly-sur-Seine et Bouyer, de Paris.

N° 4824. M. le docteur Bartoli, de Paris, présenté par M. le docteur Maurat, de Chantilly.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Labanhie, de Lille (Nord), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. Gezilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 26 28 JUIN 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

L'AVENIR DES SYNDICATS MÉDICAUX

Au commencement de l'année 1901, averti par des lettres et des articles, venus de toutes parts, le Conseil de Direction du Concours Médical fut amené à reconnaître que les Syndicats médicaux, ses fils ainés, souffraient d'un défaut constitutionnel, qui leur serait fatal à brève échéance, s'il n'y était porté remède par un régime sévère. Les syndiqués étaient devenus le nombre, mais la cohésion, la discipline, l'organisation, *l'esprit syndical* en un mot, diminuaient dans la même proportion, si bien que, devant les nécessités de lutte et de défense multipliées à l'improviste par l'apparition des lois dites de solidarité sociale (assistance, accidents du travail, etc.), nous restions ou indifférents, ou désarmés, quand nous n'étions pas trahis par les faux frères. Les exposés signés des Drs Salomon, Duchesne, Gassot, Souesmes, Jeanne, Le Menant des Chesnays, etc.; de très nombreuses lettres qui ne furent pas publiées faute de place ; une masse de litiges dont le *Sou médical* se trouva saisi ; les procès-verbaux de nombreuses sociétés ; enfin, l'incident judiciaire de Bourgoin ; tout cela mettait le diagnostic en pleine évidence et imposait l'urgence d'un traitement radical.

Dans son premier procès-verbal de l'année, le Conseil de Direction concluait que, si les syndicats médicaux voulaient survivre, ils devaient abandonner au plus tôt leurs statuts sans consistance, pour s'organiser à l'abri d'un pacte sérieux, précis, portant droits et devoirs bien déterminés, et sanctions sévères, en cas de manquement aux engagements librement consentis. — Il ajoutait que, pour en arriver là, on serait peut-être conduit à limiter la zone de chaque syndicat, quitte à rapprocher ensuite les groupements pour des actions communes.

Ces avis furent entendus de divers côtés. Des syndicats locaux, d'une cohésion parfaite, virent presqu'aussitôt le jour, ou se transformèrent en un clin-d'œil dans ce sens (Noyon, Saumur, Château-Thierry, etc.)

La tâche était beaucoup plus ardue pour un groupement nombreux, de grande surface, âgé de 15 ans et un peu rivé à ses habitudes. Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, quoi qu'il fût en lutte sérieuse avec l'encombrement, souvent gêné aussi par certains inconvénients provenant du voisinage de Paris, et surtout composé de cantons où les intérêts sont très divers, s'offrit courageusement à l'expérience. A son Bureau, aidé d'une commission de six membres, de Me Gatineau, conseil du *Sou médical*, il confia la tâche de trouver et de traduire dans des statuts et un règlement intérieur, la formule de sa constitution nouvelle.

Rappelons, dès maintenant, pour l'histoire de cette active campagne, le point où elle était parvenue à notre dernière assemblée générale.

M. le Dr Gassot venait de terminer par les lignes suivantes son historique du mouvement syndical chez les médecins :

« D'un autre côté, les syndicats ont été atteints d'un mal, qu'ils avaient ignoré jusqu'alors et dont ils doivent se guérir à bref délai, sous peine d'en mourir ; je m'explique :

« Lorsque les syndicats médicaux se sont créés, leur légitimité, leur légalité même, étaient contestées : les médecins qui, devant ces obstacles, ont passé outre, étaient des convaincus ; ils étaient peu nombreux, mais par leur zèle, par leur autorité morale, par leur esprit d'initiative, ils purent suppléer au nombre et obtenir immédiatement des résultats

fort appréciables. Plus tard, lorsque la loi eut reconnu l'existence des syndicats médicaux et que les premiers succès eurent montré que leur action n'était pas vaine, ceux qui avaient hésité tout d'abord, puis les tièdes, se firent inscrire à leur tour. Mais si le nombre des syndiqués s'accrut, on put constater en même temps que l'activité des sociétés se ralentissait et que leur action devenait plus molle : sur les diverses questions, l'accord se montra plus difficile à établir et les décisions prises ne furent plus respectées aussi scrupuleusement. Enfin, le temps ayant marché, les préventions ayant disparu, les résultats acquis étant devenus plus palpables, il devint pour ainsi dire impossible au médecin de rester à l'écart, et les adhésions se multiplièrent ; malheureusement, les symptômes de malaise intérieur s'accusèrent en même temps et on compta trop de confrères n'ayant de syndiqué que le nom, négligeant d'assister aux réunions, paraissant ignorer ce que font leurs associés dans l'intérêt commun, ou ne connaître les décisions prises que pour s'efforcer de les tourner.

« Voilà le mal qu'il faut extirper pendant qu'il en est temps encore, et c'est à cette tâche que nous nous sommes voués depuis un certain temps ; les efforts du Concours ont déjà porté des fruits; s'il réussit à introduire parmi les syndiqués une discipline qui ne soit pas un vain mot, il aura sauvé les syndicats médicaux.

« Sans doute, il ne faut pas oublier que les syndicats sont des associations où l'on entre volontairement et d'où l'on peut toujours sortir, que le lien qui relie leurs membres est surtout d'ordre moral, qu'enfin leurs décisions, pour avoir l'autorité nécessaire, doivent avoir été prises d'un consentement quasi unanime, mais il est, d'autre part, impossible d'admettre qu'un médecin syndiqué puisse impunément violer les engagements qu'il a pris, en toute liberté, vis-à-vis de ses confrères.

« En présence des nouveaux dangers présentés par l'encombrement médical, d'un côté, et, de l'autre, par la marée montante des collectivités, c'est l'union parfaite, absolue, qui s'impose, et celle-ci ne peut être obtenue par de trop grands syndicats. C'est ce qui fait qu'après avoir conseillé les associations d'arrondissement, ou même de département, nécessaires à une certaine heure, le Concours recommande actuellement les tout petits syndicats entre médecins voisins et ayant des intérêts identiques ; alors l'accord pourra s'établir facilement sur les tarifs, sur la conduite vis-à-vis des compagnies d'assurances, des mutualités, de toutes les collectivités qui battent en brèche nos intérêts légitimes. »

Quelques jours plus tard, notre assemblée générale se trouvait en présence de l'expérience réalisée à Noyon et dans l'arrondissement de Versailles : le procès-verbal accentue la note ci-dessus donnée.

Les sanctions dans les statuts des syndicats médicaux.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Maurat pour vous entretenir d'une évolution qui semble se produire dans les Syndicats médicaux et d'essais que le Conseil de Direction a guidés et encouragés.

M. le Dr Maurat. — Depuis deux ans, mes chers confrères, nous avons entendu des cris d'alarme poussés par un certain nombre de nos Syndicats les plus actifs, par ceux qui veulent vivre dans *l'application* de cette solidarité qui a nom : l'esprit syndical.

« A mesure que grossit le nombre de nos adhé-« rents, nous disaient-ils, la cohésion et la délica-« tesse confraternelle diminuent dans nos rangs. On « vient à nous pour être soutenu et protégé, parce « qu'on a reconnu nos services ; on y vient aussi « parce que, maintenant, il est bien porté d'être du « Syndicat ; on y vient enfin pour prendre sa part « des débris que nous accumulons en matière de « forfaits et de monopoles. Ceci est correct et hu-« main à la fois, la déontologie et l'intérêt général « marchant d'accord, comme nous l'avons si sou-« vent démontré.

« Mais voici où tout se gâte. Un trop grand nom-« bre de membres, surtout parmi ceux qui n'ont pas « fraternisé assez au cours des luttes soutenues « collectivement, se montrent très ardents à reven-« diquer leurs droits syndicaux, et croient être en « règle avec le chapitre des devoirs... quand ils ont « versé la cotisation. Bénéficier des sacrifices que « s'imposeront leurs co-syndiqués pour leur être uti-« les et agréables, leur paraît tout naturel. Mais s'im-« poser, en retour, à eux-mêmes, quelqu'obligation « envers la collectivité bienfaisante et protectrice, « exécuter au prix du plus léger sacrifice les enga-« gements librement consentis, s'astreindre même « seulement à ne pas courir après le client du voisin, « à ne pas accaparer ! allons donc, ce serait de la ty-« rannie de la part du Syndicat et, de leur part, de « la naïveté !

« Sous l'empire de cette curieuse mentalité, vous « voyez entrer aujourd'hui dans nos Syndicats des « membres qui se proposent d'y prendre tout ce qui « leur plaît, et d'y laisser tout ce qui les gêne. Cer-« tains suivent les séances, votent tout ce que l'on « veut, et s'en retournent en se demandant comment « ils pourraient bien pêcher dans l'eau trouble créée « par ces votes. D'autres, plus malins encore, suivent « les opérations du Syndicat par la simple lecture « du procès-verbal : ils profitent de ce que le con-« frère plus consciencieux s'était rendu à la séance, « pour lui voler ses clients tombés malades en « son absence. Nous en connaissons même qui n'at-« tendent que la décision du Syndicat pour en pren-« dre le contre-pied.... et mettre dans leur poche les « bénéfices volontairement et noblement abandonnés « par leurs co-sociétaires.

« De ces trahisons, de ces pirateries, indignes de « notre caractère, naît un sentiment de malaise, de « suspicion, de défiance, incompatible avec l'ac-« tion syndicale. Allez donc marcher de l'avant, « vous bureau, vous syndiqué modèle, quand vous « avez les meilleures raisons de croire, non seule-« ment qu'on ne vous suivra pas, mais, ce qui pis « est, qu'on vous tirera dans le dos ».

Tel est, mes chers confrères, le langage qui est venu de toutes les directions à nos oreilles et dont le bien fondé était malheureusement appuyé par de nombreux et irréfutables documents. Et, vous-mêmes, dès l'année dernière, saisis par le Sou Médical de l'incident de Bourgoin, vous avez, à l'unanimité, déclaré qu'il fallait extirper ce germe fatal de désorganisation des Syndicats.

Tant qu'on n'aura pas pratiqué cette intervention radicale et urgente, il faudra renoncer aux luttes contre les collectivités, car chacune de ces luttes provoque actuellement des trahisons et annihile ou tue le Syndicat qui l'a entamée. Etre vaincu n'est rien quand on reste uni, car on prépare des revanches ; mais la félonie engendre fatalement colère, découragement, dislocation et inertie, quand ce n'est pas la mort sans phrases.

Or, la véritable raison d'être des Syndicats consiste dans l'entente contre les empiètements des collectivités : c'est l'article premier de leur programme, et, pour le remplir, il faut que les intéressés soient unis intimement et sûrs les uns des autres. Longtemps l'enthousiasme, la foi, la loyauté des syndiqués furent des liens suffisants. Mais la difficulté des temps, l'encombrement, l'assaut violent ou adroit des adversaires groupés, ont provoqué, depuis quelques années, tant de compromissions ou de capitulations individuelles, et porté de si graves atteintes aux beaux sentiments qui nous unissaient, que la cohésion nécessaire dans l'avenir doit être assurée par des garanties plus précises. Votre Conseil s'est occupé de rechercher quelles devaient être ces garanties, voici le résultat de ses longues études :

1° Pour nous, les syndiqués doivent représenter l'élite de la profession, les pratiquants convaincus de la solidarité et de la dignité professionnelles.

2° S'ils se groupent par régions assez limitées pour qu'entre eux les intérêts soient identiques, les solutions à donner aux problèmes quotidiens d'intérêt professionnels peuvent être également uniformes. Une fois qu'elles sont déterminées, adoptées, votées, elles deviennent les articles d'un code dont l'inobservation sans excuse constitue une faute, un délit, punissables comme tout manquement à un engagement librement consenti. Et, comme la gravité du préjudice causé au groupe ou aux membres victimes est parfaitement appréciable pour les adhérents de toute la région, et bien mieux pour eux que pour les tribunaux peu compétents, nous disons que le pacte, le statut du Syndicat doit prévoir, le plus possible, et les délits et les sanctions de chacun d'eux, de sorte que l'adhérent, en donnant sa signature, soit prévenu de ses droits, de ses devoirs, des obligations qu'il contracte, des bénéfices qu'il recherche, des pénalités qu'il encourt.

3° Nous ajoutons que ces groupes locaux ont intérêt à se rapprocher de leurs voisins : 1° pour étendre leur surface d'action commune et traiter avec plus de poids les questions d'ordre administratif, par arrondissement ou département : 2° pour diminuer leurs dépenses ; 3° pour unifier dans la mesure possible les formules adoptées par les ententes locales.

En somme, il nous paraît que, si l'on veut obtenir une cohésion réelle, il faut laisser la cellule rechercher ses voisines pour constituer un îlot bien compact et bien homogène, et que, le jour où les affinités ont élargi considérablement celui-ci, il doit savoir, sans se segmenter, sans cesser de faire un tout, émanciper quelque peu telle de ses partics, la placer en avant-garde ou la laisser un peu en arrière, sans perdre son contact, en ne surveillant qu'une chose, le Code en main, la discipline entre les cellules de chaque groupe.

Messieurs, ceci est la théorie. Mais vous savez que le Concours médical s'en contente difficilement. Après avoir rédigé, sous la compétence de Me Gatineau, des statuts-types inspirés de ces idées, il a recherché des champs d'expérience pour juger de l'accueil qui leur serait fait et des modifications qu'imposerait la pratique. Le Syndicat regional de Noyon a ouvert le chemin, et presque aussitôt, le Syndicat de l'Oise a suivi le mouvement. Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, après une longue et prudente étude, vient d'arriver aussi à réunir l'unanimité de ses membres sur notre formule sévère. On ne se trahira plus, on ne se lâchera plus, au cours de la lutte, dans ces Syndicats, sans encourir des amendes importantes (20 fr. à 1.000 fr.), et sans s'exposer même à des poursuites en dommages-intérêts.

Vous lirez prochainement les nouveaux statuts de ces groupements qui sont à cette heure les seuls véritables Syndicats médicaux : vous lirez aussi les procès-verbaux des séances où on les a discutés, et nous avons confiance que les gens d'honneur du Corps médical n'hésiteront pas à entrer dans cette voie, parce qu'ils sont sûrs de ne s'y trouver qu'en bonne compagnie. (*Applaudissements.*)

M. le Dr X... — Vous risquerez fort, avec ces graves sanctions, de ralentir les adhésions aux Syndicats.

M. le Dr Maurat. — Nous risquons même d'en faire sortir des gens qui sont déjà entrés. Mais il faut dans les luttes syndicales la qualité des troupes avant la quantité. — J'aime mieux un ennemi qu'un faux ami (*Bravo !*)

M. le Dr Decourt. — En limitant trop le rayon des groupes locaux qui sont la base de votre organisation, vous rendrez embarrassante l'attitude des confrères qui seront sur les limites de ces groupes.

M. le Dr Maurat. — Nullement. Ils observent à droite les conventions en vigueur à droite, et, à gauche, les conventions adoptées à gauche. (*Très bien, c'est évident.*)

Me Gatineau. — Je voudrais insister sur deux points.

Il y a avantage à réunir les groupements locaux en un seul Syndicat, précisément afin que les médecins qui sont aux limites des groupes n'aient pas à payer plusieurs cotisations.

N'oubliez pas, non plus, de bien inscrire dans vos statuts les sanctions que vous désirez voir appliquées, car si vous en laissiez l'appréciation aux tribunaux, vous n'éprouveriez que des mécomptes. Ce serait toujours ridiculement trop ou trop peu : but non atteint, ou but dépassé. (*Très bien !*)

M. le Dr Pontet. — Témoin oculaire de ce qui s'est passé à Bourgoin, je viens rendre hommage au succès de Me Gatineau, et approuver le Concours médical de ses efforts pour dégager la leçon donnée par cet incident. La rédaction du journal sera bien aimable de nous fournir au plus tôt les documents dont a parlé M. Maurat, afin que nous puissions généraliser rapidement le remède.

M. le Dr Jeanne. — Comptez sur notre diligence, cher confrère : la question nous passe trop près du cœur pour ne pas bénéficier de toute notre sollicitude.

Un fait important s'était d'ailleurs produit quelques mois avant.

Le tribunal de Bourgoin, après une brillante et solide plaidoirie de Me Gatineau, avocat-conseil du *Sou Médical*, venait de définir les droits du Syndicat à l'égard du syndiqué infidèle à ses engagements C'était la consécration officielle de la légitimité des sanctions inscrites aux statuts du syndicat de l'arrondissement de Versailles ; on ouvrait la voie nouvelle sur un terrain solide ; le Concours ne lançait pas un appel imprudent. Etablissons ce point capital par d'irréfutables documents que tout Bureau de Syndicat doit connaître et conserver. Nous empruntons à la *Gazette des Tribunaux* (n° 22,989, 18 juillet 1901) le jugement du tribunal de Bourgoin dont nous venons de parler, et (n° 23263, 25 juin 1902) l'arrêt de la cour de Grenoble qui vient de le confirmer, avec ses conséquences essentielles.

Tribunal civil de Bourgoin

(Correspondance particulière de la *Gazette des Tribunaux*.)

Présidence de M. BOULET.

Audience du 21 juin 1901.

SYNDICAT PROFESSIONNEL. — SYNDICAT MÉDICAL. — DÉLIBÉRATION. — OBLIGATION DE TOUS LES MEMBRES. — VIOLATION. — PRÉJUDICE. — DOMMAGES-INTÉRÊTS VIS-A-VIS DU SYNDICAT.

Sous l'empire de la loi du 21 mars 1884, les statuts des syndicats professionnels et les délibérations régulièrement prises, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels des membres qui le composent, obligent tous les membres d'un syndicat au même titre que toute autre convention valable.

La loi de 1884 n'a dérogé, en cette matière, aux règles du droit commun qui régissent les contrats et obligations, qu'en permettant aux syndiqués de se dégager des liens du syndicat à tous moments, en donnant leur démission.

Tant qu'il fait partie de l'association, le syndiqué qui ne s'est pas conformé aux statuts et aux délibérations du syndicat et qui lui a ainsi causé un préjudice, est passible de dommages-intérêts envers ledit syndicat, personnalité civile, par application soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382, le cas échéant.

Les circonstances dans lesquelles ont été consacrées ces solutions sont exposées par le jugement suivant, rendu sur les plaidoiries de Me *Gatineau*, du barreau de Paris, pour le syndicat des médecins de Bourgoin, et de Me *Rubellin*, du barreau de Lyon, pour le docteur C..., et sur les conclusions de M. Brouillet, substitut.

« Le Tribunal ;

« Attendu que, le 2 juillet 1899, les docteurs P..., D..., C..., B..., et P..., tous médecins exerçant à Bourgoin, se sont réunis pour se concerter notamment sur l'attitude à prendre vis-à-vis des compagnies d'assurances contre les accidents, à l'effet de retirer de la loi du 9 avril 1898, qui venait d'entrer en vigueur, tous les avantages qu'ils estimaient pouvoir légitimement obtenir ; qu'il fut décidé, dans cette réunion, que les contrats existants seraient dénoncés et qu'il ne serait pas passé de contrat individuel nouveau ; qu'un tarif fut également arrêté ;

« Que cette association de fait, ainsi créée pour la défense d'intérêts professionnels, a poursuivi le but qu'elle s'était proposé et que, le 15 octobre, le tarif du Syndicat médical du Sud-Est, 15 francs au minimum par accident, était pris pour base des propositions à adresser aux compagnies d'assurances avec lesquelles les divers médecins de Bourgoin avaient été en rapport ; qu'en exécution de cette résolution, ces compagnies furent informées, par une lettre collective du 21 octobre, que, tant que des propositions acceptables ne leur seraient pas faites les médecins de Bourgoin refuseraient de soigner, pour le compte des compagnies, les blessés qui leur seraient adressés ; que les soins seraient donnés aux conditions ordinaires, sous la responsabilité des patrons ; que tous engagements et accords individuels étaient résiliés et que le tarif élaboré par le Syndicat médical du Sud-Est était le seul accepté pour base de discussion ;

« Que ces décisions furent maintenues lors des réunions postérieures, dans lesquelles les divers membres de l'Association, sauf le docteur C..., portèrent à la connaissance de leurs confrères les propositions qui leur avaient été faites ;

« Attendu qu'en suite d'une résolution prise le 4 mars 1900, les membres de cette Association se sont constitués en syndicat, dont les statuts, régulièrement déposés, ont été approuvés dans une réunion tenue le 2 juin, avec désignation de P... comme président et de P... comme secrétaire de la Chambre syndicale ; que, dans cette délibération complétée par une résolution prise le même jour et signée par tous les membres syndiqués, il était décidé, en outre : « 1° que les médecins, membres du Syndicat, ne prendraient envers les compagnies d'assurances-accidents aucun engagement individuel et que les accords ou contrats qui auraient pu intervenir entre un ou plusieurs membres du Syndicat et une ou plusieurs compagnies seraient immédiatement dénoncés, quelles que soient les conditions de ces accords ou contrats ; 2° que l'action syndicale serait substituée à l'action personnelle pour toutes les conventions à venir ; que les compagnies seraient invitées à traiter directement avec le Syndicat sur les bases fixées par la lettre-circulaire du 21 octobre 1899 et, ce, dans le délai d'un mois et que l'accord à intervenir entre les compagnies et le Syndicat devrait être pris directement entre les directions générales de ces compagnies et la Chambre syndicale ; 3° qu'il n'y aurait ni monopole au profit de tel ou tel médecin, ni conditions privilégiées pour telle ou telle compagnie ; que les membres du Syndicat devraient cesser tous rapports avec les compagnies qui refuseraient à traiter avec le syndicat dans le délai indiqué et qu'ils donneraient, en ce cas, leurs soins aux ouvriers blessés sous la seule responsabilité des patrons en ce qui concernait le paiement de leurs honoraires ; 4° que les membres du Syndicat qui seraient en butte à des manœuvres par intimidation, promesses, menaces, marchandages ou sollicitations de concurrence de la part des compagnies, tendant à troubler l'ordre entre les syndiqués, seraient tenus d'en aviser sans retard la Chambre syndicale ; que ces résolutions ont été portées à la connaissance des compagnies le 17 juin ;

« Attendu que, dans une réunion extraordinaire tenue en dehors de C..., le 21 juillet, P... a fait part d'une conversation qu'il avait eue la veille avec celui-ci et au cours de laquelle il lui aurait avoué qu'il n'avait pas respecté ses engagements envers le Syndicat et n'entendait pas les respecter à l'avenir ; que la réunion, après s'être prononcée en principe pour l'exclusion de ce membre a décidé, toutefois, de l'entendre préalablement, à une assemblée fixée au 3 août suivant ; mais, qu'en réponse à la convocation qui lui avait été adressée, C... a fait parvenir sa démission ; que cette démission soumise à l'assemblée extraordinaire du 28 juillet a été refusée et l'exclusion prononcée ; que C... ne s'est pas pourvu contre cette décision ;

« Attendu que c'est dans cet état de faits que P... et P..., agissant, le premier comme président et le deuxième comme secrétaire-trésorier de la Chambre syndicale du Syndicat médical de Bourgoin et comme représentant ladite Association, ont, à la date du 29 décembre 1900, fait assigner C... en réparation du préjudice qu'il aurait causé au Syndicat en consentant à soigner, pour le compte des compagnies, les victimes d'accidents au taux de 10 francs par blessé au lieu de celui de 15 francs fixé par le Syndicat, malgré ses engagements formels ; que le défendeur résiste à cette demande, en soutenant n'avoir pas excédé ses droits ; qu'il a formulé, en outre, une demande reconventionnelle, dans laquelle il englobe tous les membres du Syndicat, sous forme de serments déférés ou d'articulations de faits ;

« Sur la demande principale :

« Attendu que l'exception de forme, tirée de la nullité de la délibération prononçant l'exclusion, a été formellement abandonnée dans le dernier état des conclusions ;

« Attendu, en droit, que les organisations syndicales, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels, sont, non seulement autorisées, mais encouragées par notre législation ; que les statuts et les délibérations régulièrement prises font la loi des parties et obligent tous les membres au même titre que toute autre convention valable ; que, sans doute, il est toujours permis à tout syndiqué de se retirer des liens du syndicat, mais que, tant qu'il fait partie de l'association, il est tenu de se conformer à sa loi et de respecter les obligations qu'elle lui impose ; que l'observation stricte de ce devoir est surtout nécessaire dans une organisation qui exige une entente absolue pour permettre à l'effort commun de produire son effet utile ; que, dès lors, toute infraction peut, quand il en est résulté un préjudice, donner ouverture, au profit du syndicat, personnalité civile, à une action en dommages-intérêts, par application, soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382, le cas échéant ;

« Attendu, en fait, qu'il importe avant tout de préciser la nature et l'étendue des devoirs et obligations de chacun des membres envers le Syndicat ; que le but principal poursuivi par les médecins de Bourgoin lorsqu'ils se sont organisés, d'abord en association amicale et ensuite en syndicat régulier, était d'amener les compagnies d'assurances à accepter le tarif élaboré par eux, ainsi que cela ressort de tous les documents analysés plus haut ; que, pour atteindre ce résultat, il était indispensable de soumettre ces sociétés à un traitement uniforme, qui ne pouvait être obtenu que par l'entente loyale et absolue de tous les médecins ; que cette entente, réalisée par les délibérations des 2 juillet et 15 octobre 1899, obligeait chacun des membres de l'Association à cesser immédiatement tous rapports avec les compagnies d'assurances qui n'auraient pas accepté le tarif proposé et à ne donner des soins aux

victimes d'accidents qu'aux conditions ordinaires ; que, par suite, jusqu'à la formation du Syndicat, ils étaient strictement tenus non seulement de ne pas passer des contrats individuels, mais encore de s'abstenir de traiter les blessés dont il s'agit à des conditions inférieures au tarif convenu :

« Attendu que C... soutient, il est vrai, n'avoir consenti à signer la délibération du 15 octobre que sous la réserve, acceptée par P..., qu'il conserverait la liberté de ses mouvements au regard de certaines sociétés alors comprises dans sa clientèle ; mais qu'il ne rapporte, ni n'offre de rapporter la preuve de cette allégation ; que tout démontre, au contraire, que son adhésion a été donnée purement et simplement ; que, s'il en avait été autrement, on comprendrait peu qu'il n'eût pas fait mentionner ses réserves à la suite de résolutions nettes, précises ne comportant aucune exception, et qu'il se fût contenté de la déclaration verbale du seul P... qui ne pouvait engager que lui ; que son silence, lors des autres réunions où les mêmes questions ont été agitées, l'absence de toute protestation de sa part contre le passage de la délibération du 4 mars 1900, relatif à la disette d'accidents, attitude d'autant plus significative qu'il savait le fait inexact puisqu'il avait déjà, à cette date, traité un grand nombre de blessés pour le compte des compagnies, ne permettent pas de penser qu'il a agi avec l'agrément de ses confrères, que ceux-ci, d'ailleurs, qui avaient sacrifié leur intérêt particulier en vue du but à atteindre, ne pouvaient manifestement accorder à C... le bénéfice d'une situation privilégiée qui aurait eu pour effet de paralyser leur effort et de rendre leurs sacrifices inutiles, sauf cependant pour le défendeur ;

« Attendu qu'il reste maintenant à rechercher si les délibérations et résolution du 2 juin 1900 ont fait table rase du passé et substitué de nouveaux engagements aux anciens ; que les agissements antérieurs de C..., quelque caractère qu'ils aient pu avoir, échappent en effet, légalement, à l'action syndicale, laquelle ne peut s'appuyer que sur des faits postérieurs à la formation du syndicat ; que toutefois, pour préciser l'attitude que le Syndicat a entendu prendre au regard des sociétés, il faut rapprocher le texte de ces documents de la conduite adoptée antérieurement par l'association, en même temps que du but invariablement poursuivi ; que, d'autre part, il faut retenir que chaque membre, du moment qu'il consentait à entrer dans le Syndicat, s'engageait par là même à respecter ses statuts et ses décisions et à ne rien faire, d'une manière générale, qui fût de nature à l'entraver dans la défense des intérêts professionnels pour laquelle il avait été institué ;

« Attendu qu'il a été établi que, jusqu'au 2 juin, les médecins associés étaient tenus de n'avoir aucun rapport direct avec les compagnies qui n'auraient pas accepté leur tarif et de ne traiter les blessés que pour le compte des patrons aux conditions ordinaires ; qu'il n'existait aucun motif pour abandonner cette attitude, que tous, sauf C..., avaient strictement observée pendant cette période et qui leur paraissait la plus appropriée pour amener les compagnies à composition ; que, dans les délibérations et résolutions prises à cette date, toutes les décisions antérieures sont maintenues implicitement et même aggravées par les engagements nouveaux ; que, sans doute, les syndiqués, désirant mettre fin à l'expectative qui durait depuis près d'un an et être définitivement fixés sur les intentions des compagnies, leur ont imparti un délai d'un mois pour traiter, en leur faisant connaître que, passé ce délai, il ne serait plus accepté aucun traité ; mais qu'il n'est dit nulle part, pas plus dans l'article 2 que dans les autres, et qu'il ne pouvait être dans l'intention des parties que, durant ce laps de temps, chaque syndiqué reprendrait sa liberté d'action et pourrait traiter les blessés des compagnies aux conditions qui lui plairaient ; que, loin de vouloir prendre une attitude plus conciliante, le Syndicat a complété les mesures comminatoires antérieures par la fixation d'un délai déterminé et que c'est la seule modification réelle qui paraît avoir été apportée, jusqu'au boycottage final ; que, dans tous les cas, il est manifeste que, même pendant ce délai de grâce accordé aux compagnies pour choisir entre le tarif de faveur et le tarif général, les membres du Syndicat avaient pour devoir strict de ne pas donner des soins pour le compte desdites compagnies à des conditions inférieures au tarif minimum ; que c'est, d'ailleurs ainsi que tous les membres du Syndicat, sauf C..., ont entendu et exécuté la convention ;

« Attendu, et sans qu'il soit nécessaire de recourir à la preuve subsidiairement offerte, qu'il est dès maintenant démontré, tant par les documents versés aux débats que par les reconnaissances faites par le défendeur dans ses conclusions (page 68), que, soit dans la période de l'Association amicale, soit depuis la constitution du Syndicat, il a continué à traiter les victimes d'accidents pour le compte, non seulement des compagnies dont il avait la clientèle antérieurement, mais encore de compagnies qui se sont adressées à lui au cours des pourparlers engagés par la collectivité, et cela à des conditions inférieures au tarif de faveur adopté ; que les chiffres indiqués par lui font, en effet, ressortir chaque accident à 10 francs au lieu de 15 francs, chiffre du Syndicat ; qu'il ressort, en outre, de ses conclusions, que non seulement le nombre des compagnies avec lesquelles il a été en rapport a notablement augmenté, mais encore que le nombre des sinistrés provenant des compagnies dont la clientèle était divisée entre lui et certains de ses confrères, s'est considérablement accru à son profit, alors que ceux confiés à ces derniers diminuaient au point d'arriver à rien ou presque rien ; qu'en ce qui concerne notamment « la Préservatrice », qui avait pour médecin le docteur D..., concurremment avec le docteur C..., et qui lui avait fait des propositions nouvelles en vue d'un traité, au moment de l'application de la loi de 1898, toutes les victimes d'accidents ont été adressées à ce dernier, moins huit, d'après C..., lui-même, à partir du jour où D... a refusé de traiter à d'autres conditions que celles convenues ; qu'il en est de même pour le docteur P... au regard de « la Providence » et pour le docteur P... en ce qui concerne « le Patrimoine » ; que ces indications sont pleinement corroborées par le relevé des déclarations faites aux mairies de Bourgoin et de Jallieu ; que la progression des constatations faites par C... s'élève graduellement pour constituer à la fin une espèce de monopole ; qu'on soutient, à la vérité, que les registres des mairies sont tenus avec peu de régularité, mais qu'en admettant qu'il y ait eu des omissions, il est à présumer qu'elles se sont réparties, à peu de chose près, dans les mêmes proportions ; qu'en rapprochant ces faits matériels des conditions avantageuses faites par C... aux compagnies, on acquiert la conviction que les uns sont uniquement la résultante des autres ;

« Attendu qu'il suit de tout ce qui précède que C... a failli à ses engagements envers le Syndicat, en continuant à traiter au rabais les blessés que lui adressaient les compagnies ; que, de plus, bien qu'il reconnaisse avoir été l'objet des mêmes sollicitations que ses adversaires (§ V, notes sur plaidoiries) il n'en a jamais fait part dans les diverses réunions successives, alors qu'il y était cependant sollicité par l'attitude différente des autres membres, qui versaient régulièrement la correspondance échangée avec eux, ainsi, d'ailleurs, que l'article 6 de la résolution du 2 juin leur en faisait un devoir ; que cette réserve et le fait que C... déclare ne pas avoir conservé cette correspondance peuvent paraître à bon droit suspects ; que le défendeur ne pouvait se faire illusion ni sur la portée de ses engagements, ni sur les conséquences qu'entraînerait sa façon de procéder ; que s'il avait pensé user d'un droit légitime en accordant un tarif réduit aux com-

pagnies, il n'aurait pas laissé passer sans réponse l'allusion, qu'il savait inexacte, à la disette d'accidents, insérée dans la délibération du 4 mars 1900 ; qu'à ce propos, il ne saurait sérieusement reprocher aux demandeurs leur longanimité à son égard ; que d'une part, en effet, s'ils pouvaient savoir que la clientèle des compagnies allait à peu près tout entière à lui, il n'est pas démontré qu'ils connussent les moyens employés pour obtenir ce résultat ; que, d'autre part, ils pouvaient espérer que l'avertissement qui lui était donné, sous une forme détournée, porterait ses fruits ;

« Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à la preuve offerte par le défendeur, en voie subsidiaire, sous forme soit de serments, soit d'articulations vérifiables par témoins ; qu'en ce qui concerne les serments, les uns doivent être écartés comme étant déférés à des parties qui ne sont pas en cause et portant sur des faits étrangers au débat, et les autres parce qu'ils manquent de pertinence et resteraient sans influence sur la solution du litige ; que, même en admettant, ainsi que cela a été avancé sous le numéro 7, que les demandeurs aient eu connaissance du prix payé par les compagnies à C..., il ne s'ensuivrait pas qu'ils aient approuvé cette violation de ses engagements et que toute leur attitude démontre même le contraire ;

« Qu'en ce qui concerne les faits à prouver par voie d'enquête, ceux cotés sous les numéros 1 et 14 sont dépourvus de pertinence ; que, d'une part, en effet, il n'est pas nécessaire que C... ait conclu des traités réguliers avec les sociétés pour avoir violé ses engagements ; qu'il suffit, qu'en fait, il ait continué ses rapports avec les compagnies et accepté de donner des soins, d'une manière suivie, à leurs blessés à un tarif inférieur à celui qu'il s'était engagé à observer, ainsi que cela a été relevé ; que, d'autre part, l'infraction consistant dans le fait que C... n'aurait pas recouru au recouvreur syndical, n'étant pas retenue par le Tribunal comme constituant un grief sérieux, il importe peu que d'autres membres aient agi de la même façon ;

« Que les deuxième et dix-huitième faits manquent également de pertinence et sont, de plus, démentis par le défendeur lui-même ; qu'il reconnaît, en effet, (§ V de ses notes sur plaidoiries), avoir été l'objet des mêmes sollicitations que ses confrères et que, d'autre part, il résulte du tableau (page 68 de ses conclusions) qu'alors qu'il avait traité seulement 64 accidents en 1893 et 108 en 1899, ses chiffres s'élèvent à 213 en 1900 ;

« Que tous les autres faits, en dehors de ceux qui se rapportent uniquement à la demande reconventionnelle, ont trait aux motifs qui auraient incité certains membres du Syndicat à recourir aux voies judiciaires ; que cet ordre de faits ne correspond à aucun intérêt sérieux et que, fussent-ils établis, ils resteraient sans influence sur le sort du litige ; qu'il est indifférent, en effet, de savoir à quel mobile ont pu obéir les demandeurs ou par qui sont avancés les frais du procès ; que le Tribunal a seulement à apprécier si leurs prétentions sont fondées ;

« Attendu que les agissements de C... ont causé au Syndicat un préjudice certain ; que les compagnies, trouvant auprès de lui la possibilité de faire soigner leurs blessés à des conditions plus avantageuses que celles du Syndicat, ont naturellement refusé de traiter avec celui-ci, alors qu'au début elles ne paraissaient pas avoir adopté une attitude rendant toute entente impossible ; qu'ainsi, les membres du Syndicat, restés fidèles à leurs engagements, se sont trouvés privés, non seulement de la majoration que comportait leur tarif, mais encore de la clientèle qu'ils auraient pu conserver, au moins momentanément, si C... avait observé, comme eux, ses obligations ; que le Tribunal trouve dans la cause des éléments suffisants pour fixer les dommages-intérêts, en tenant compte de la possibilité de l'envoi, par les compagnies, d'un médecin non syndiqué ;

« Attendu qu'en dehors des réparations pécuniaires, il convient d'ordonner l'insertion du présent dans un certain nombre de journaux, aux frais de C..., mais sans les noms des parties ; que cette mesure, qui trouve sa justification dans la nature de l'affaire et toutes les circonstances de la cause est autorisée par l'article 1036 du Code de procédure civile et rentre, d'ailleurs, dans les prévisions de l'article 7 de la résolution du 2 juin, qui accorde au Syndicat la faculté de faire publier dans les journaux les décisions d'exclusion avec un exposé des motifs ;

« Sur la demande reconventionnelle :

« Attendu que les griefs sur lesquels s'appuie cette demande sont de deux ordres ; les uns imputés au Syndicat, les autres ne pouvant engager que la responsabilité personnelle de ses divers membres ; qu'il est manifeste que ce dernier ordre de faits doit être tout d'abord écarté comme constituant une demande principale dirigée contre des tiers qui ne sont pas personnellement en cause ; que le seul adversaire de C..., dans le procès actuel, est le Syndicat, légalement représenté par son président et son secrétaire, mais non chacun de ses membres en son nom personnel ; que la voie reconventionnelle n'étant autorisée que comme moyen de défense à la demande principale, il en découle naturellement qu'on ne saurait opposer à l'action syndicale les torts qu'auraient pu avoir certains de ses membres ; que c'est seulement par voie principale qu'il peut leur en être demandé compte ;

« Attendu que les faits cotés sous les numéros 12, 13, 15 et 17 des articulations, les seuls dont le docteur C... puisse faire état, dans une certaine limite, contre le Syndicat lui-même, ne sauraient constituer une faute à la charge de ce dernier en admettant qu'ils fussent établis, qu'autant qu'il aurait agi abusivement et sans motif légitime ; que tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque les actes qu'on lui reproche sous les articulations 12, 13 et 15, ne sont que la mise en application de l'article 23 des statuts acceptés par C... et rappelés dans l'article 7 de la résolution du 2 juin, aux termes duquel les membres du Syndicat sont tenus de cesser toutes relations médicales avec le membre exclu ;

« Que, quelle que soit l'opinion qu'on puisse avoir sur une pareille stipulation, dont l'application rigoureuse pourrait avoir pour conséquence d'atteindre indirectement des personnes étrangères, elles, aux dissentiment qui divisent le corps médical, il faut reconnaître, néanmoins, qu'elle est strictement légale, que le Syndicat avait, dès lors, le droit de refuser le concours de ses membres à C... et même d'aviser l'administration des hospices de cette situation, pour lui permettre de prendre les mesures propres à assurer le service ;

« Qu'on ne saurait pas davantage faire un grief sérieux au Syndicat de la publication dans le journal *le Concours médical*, de certains documents relatifs à cette affaire ; que, d'une part, en effet, aucun d'eux ne désigne nominalement C..., et que, d'autre part, la publicité donnée à la lettre par laquelle le Syndicat sollicitait l'avis du *Concours médical* n'a pas eu pour le defendeur un caractère aussi préjudiciable que la publication qui aurait pu être faite en vertu de l'article 7 de la résolution du 2 juin ;

« Qu'il y a lieu, dès lors, d'écarter purement et simplement la demande reconventionnelle, sans s'arrêter aux délations de serments et aux articulations du défendeur et en donnant acte au Syndicat de ses réserves relativement à la confection et à la distribution hors de l'audience du mémoire imprimé contenant les conclusions du défendeur ;

« Par ces motifs ;

« Le Tribunal, jugeant en matière ordinaire, premier ressort, le ministère public entendu, sans s'arrêter à aucunes fins ou conclusions contraires et en rejetant, comme non recevables, ni pertinentes ou dès maintenant controuvées, les preuves offertes par le défendeur en voie subsidiaire, dit que C... a contrevenu aux engagements pris par lui, le 2 juin

1900, envers le Syndicat médical de Bourgoin, en restant en rapports professionnels avec les compagnies d'assurances et en consentant à donner à leurs blessés des soins moyennant un tarif inférieur à celui proposé par le Syndicat ; dit qu'il a ainsi causé aux demandeurs ès qualités un préjudice dont il doit réparation ; le condamne, par suite, à leur payer, avec intérêts de droit, la somme de 200 francs ; ordonne, à titre de supplément de dommages, l'insertion du présent, sans les noms des parties, aux frais de C..., dans *le Moniteur*, *l'Indicateur* et *le Journal de Bourgoin* ainsi que dans *le Concours médical* de Paris, sans que le coût de chaque insertion puisse dépasser 100 francs;

« Déclare C... non recevable et mal fondé dans sa demande reconventionnelle ; l'en déboute et le condamne en tous les dépens, dans lesquels seront compris, à titre de supplément de dommages, les droits d'enregistrement des documents qui pourraient donner lieu à cette formalité ;

« Donne acte aux demandeurs de leur réserves relativement à la confection et à la distribution, hors de l'audience, du mémoire imprimé contenant les conclusions de C...;

« Donne pareillement acte à C... de la déclaration faite au nom de P..., présent à la barre, que la carte de visite de C..., sur laquelle sont écrits les mots suivants « n'ayant pu assister à notre dernière réunion... », lui a été adressée, non pas à la suite de la réunion du 15 octobre, mais bien après celle du 10 décembre et que les renseignements complémentaires que C... avait à lui demander et qu'il lui a demandés se rapportaient, non pas aux rapports du Syndicat avec les compagnies d'assurances, mais bien au principe de la mise en commun du service médical des collectivités. »

Observations. — Le jugement rapporté consacre un principe qui ne nous paraît pas contestable.

Les syndicats professionnels constituent une société d'une espèce particulière qui crée, entre les membres la composant, des droits et des obligations. La société qui se forme entre adhérents d'un syndicat est une société à durée illimitée.

Aux termes des articles 1869 et suivants du Code civil, dans les sociétés dont la durée est illimitée, chaque membre peut se retirer, par sa seule volonté, en provoquant la dissolution par une renonciation notifiée à tous les associés « pourvu que cette renonciation soit faite de bonne foi et non à contretemps ».

Dans l'association syndicale, la loi a voulu assurer aux syndiqués une liberté plus grande, en leur permettant de se dégager de leurs obligations à tous moments par la démission.

Cette démission peut être donnée même à contretemps, de mauvaise foi et en vue de se soustraire à des engagements formels. Mais tant que le syndiqué reste dans les liens de l'association, il doit respecter les engagements pris et observer les décisions du syndicat. En cas de contravention, les règles générales du Code civil régissant la matière des contrats et obligations, sont applicables et, par suite, le syndiqué contrevenant est exposé à l'action en dommages-intérêts inscrite dans les articles 1142 et suivants du Code civil « en cas d'inexécution de toute obligation de faire et de ne pas faire. »

Déjà un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation, du 5 janvier 1894 (Dalloz, 1898. 1 285 ; *Pandectes françaises*. 1895. 1. 39) avait reconnu à un syndicat de pharmaciens, dans une poursuite exercée par le ministère public contre un pharmacien, membre du syndicat, pour mise en vente de substances médicamenteuses falsifiées, le droit de se porter partie civile, afin de demander des dommages-intérêts pour le préjudice que le délinquant avait causé au syndicat par les faits délictueux à raison desquels il était poursuivi.

Ainsi, l'action en réparation d'une faute délictuelle a été reconnue aux syndicats contre leurs membres ; il n'existe aucune raison de leur refuser l'action analogue basée soit sur un quasi-délit, soit sur une faute contractuelle.

La loi du 21 mars 1884 ayant abrogé les articles 416 et suivants du Code pénal, qui punissaient, à titre de délit, les défenses, interdictions et prescriptions prononcées par suite d'un plan concerté, il s'ensuit que la mise à l'index d'un membre exclu du syndicat, la résolution de cesser avec lui tous rapports, sont choses licites. La seule restriction apportée par la jurisprudence aux droits des syndicats, en matière de mise à l'index, est l'obligation de ne pas dépasser la limite de leurs droits, en l'exerçant d'une manière vexatoire et pouvant constituer une faute lourde : C. de Paris, 31 mars 1896 (Dal., 1896. 2. 184).

Il est d'ailleurs certain que, s'il est nécessaire de porter à la connaissance des tiers une décision de mise en interdit afin qu'elle ne reste pas lettre morte, le syndicat, en faisant cette notification, n'outrepasse pas son droit.

Cour d'appel de Grenoble. — Arrêt du 6 mai 1902.

(*Présidence* de M. Pailhé, 1er président.)

Dr C. c. Syndicat médical de Bourgoin.

La Cour,

Par les motifs des premiers juges non contraires au présent arrêt ;

Et attendu qu'il est hors de doute que le Dr C... a manqué à ses engagements envers le Syndicat médical de Bourgoin en continuant ses rapports professionnels avec les Cies d'assurances et en soignant leurs blessés moyennant un tarif inférieur au tarif proposé par le Syndicat ;

Qu'il a ainsi causé par sa faute aux demandeurs, ès qualités qu'ils agissent, un préjudice qu'il est tenu de réparer et dont le jugement frappé d'appel a fait une juste évaluation en mettant à sa charge, à titre de dommages-intérêts, le paiement d'une somme de 200 fr. et de tous les droits d'enregistrement qui viendraient à être perçus ;

Que cette réparation pécuniaire paraît à la Cour pleinement suffisante et que ni les faits du procès ni le préjudice subi par les intimés et la nature même de leurs griefs ne comportent la publication du jugement dans divers journaux ordonnée par les premiers juges à titre de supplément de dommages-intérêts ;

Qu'il y a donc lieu à réformer de ce chef la décision entreprise, en dispensant C... des insertions mises à sa charge ;

Sur la demande reconventionnelle en paiement de 2.000 fr. en dommages-intérêts :

Attendu qu'elle est fondée :

1° Sur les conditions de fond et de forme dans lesquelles son exclusion a été prononcée ;

2° Sur la publicité donnée par le Syndicat à ses accusations dans le journal : *Le Concours Médical* (de Paris) ;

3° Sur la mise à l'index dont il a été l'objet de la part du Syndicat avec menace de grève à l'hôpital de Bourgoin et à celui de Jallieu ;

Attendu, sur le premier grief, que l'exclusion du Dr C... a été prononcée en exécution de l'art. 22 des statuts approuvés, votés et signés par lui, et que l'appelant ne justifie nullement qu'il lui en ait été fait une application abusive et vexatoire ;

Que, d'autre part, la publication de certains documents dans *Le Concours Médical* ne paraît pas être le fait du Syndicat, qui ne saurait dès lors en être déclaré responsable, et qu'au surplus, le Dr C..., n'étant nominativement et personnellement désigné dans aucun de ces documents, n'a pu être atteint par leur publication dans sa réputation et son honorabilité professionnelle et n'en a éprouvé aucun dommage ;

Attendu, en ce qui concerne le 3e grief, qu'au cas d'exclusion ou de radiation, l'art. 23 des statuts impose aux membres du Syndicat l'obligation de cesser toutes relations médicales avec le membre exclu ou rayé, et que, par lettre du 21 nov. 1900, les Drs P..., D...,

*

B...et P... agissant en leur qualité de membres du Syndicat, ont fait savoir aux commissions des hospices de Bourgoin et de Jallieu que le Dr C... avait dû être exclu du Syndicat pour des raisons d'ordre professionnel et qu'ils avaient dès lors le devoir strict, d'après les statuts, de cesser avec lui toutes relations confraternelles ;

Qu'ils signalaient aux deux commissions les difficultés que devaient fatalement faire naître cette situation, lorsque le Dr C... serait chargé du service et déclaraient qu'il leur serait impossible, soit de lui donner leur concours s'il venait à en avoir besoin, soit de le suppléer s'il venait à s'absenter, ne pouvant consentir à se trouver en relations professionnelles avec un médecin « dont il leur était permis de suspecter la bonne foi » ;

Attendu que cette lettre, de laquelle il résultait nettement que C..., qui devait prendre son service le 1er janvier suivant, n'avait à compter en aucun cas sur le concours de ses confrères, n'était en réalité de la part des membres du Syndicat qu'une mise en demeure adressée aux deux commissions de supprimer son tour de service et de le congédier, sous peine de voir suspendu ou compromis le service médical des deux hospices ;

Qu'une pareille démarche, qui avait incontestablement pour objet d'amener l'exclusion de C... des hospices de Bourgoin et de Jallieu, a constitué de la part de ses auteurs, non la défense d'un légitime intérêt professionnel, et le simple exercice, dans toute sa rigueur, du droit de cesser toutes relations médicales avec un confrère, mais un acte de vexation et de vengeance et un abus flagrant des pouvoirs que leur conféraient les statuts du syndicat ;

Attendu néanmoins que cette démarche, restée sans effet, n'a pas abouti à l'exclusion qu'elle avait pour objet et que C... ne peut justifier de ce 3e chef à l'appui de sa demande reconventionnelle d'aucun préjudice matériel ou moral ; — qu'il n'a droit dès lors à aucune réparation ;

Attendu que la Cour dispose, en l'état, d'éléments suffisants de décision pour dire définitivement droit en connaissance de cause et qu'il y a lieu d'écarter comme inutile, frustratoire ou sans portée la preuve des faits subsidiairement articulés par la partie de Me Rabatel;

Par ces motifs, la Cour, ouï.... sans s'arrêter à l'appel incident des parties de Me Jullian, les en démet et confirme le jugement du Tribunal civil de Bourgoin du 21 juin 1901 ;

Statuant sur l'appel principal, confirme ledit jugement en ce qu'il a déclaré que C... a contrevenu à ses engagements envers le Syndicat médical de Bourgoin et en ce sens qu'il l'a condamné envers les demandeurs ès-qualités au paiement avec intérêts de droit de 200 fr. à titre de dommages-intérêts et en tous les dépens dans lesquels seront compris, comme supplément de dommages, les droits d'enregistrement qui viendraient à être perçus ;

Le confirme également en ce qu'il a déclaré C... mal fondé en sa demande reconventionnelle ;

Faisant droit néanmoins en tant que de raison à son appel, cependant, dit n'y avoir lieu à la publication du jugement dans divers journaux ordonnée par les premiers juges, et décharge C... de la condamnation prononcée contre lui de ce chef à titre de supplément de dommages ;

Démet les parties de toutes autres demandes, fins et conclusions tant principales que subsidiaires ; ordonne la restitution de l'amende.

Condamne C... aux dépens, hormis ceux de l'appel incident qui seront supportés par P... et P... ès qualités, dont distraction au profit de Me Jullian, avoué.

(*Gazette des Tribunaux*, juin 1902).

Après une semblable décision que, grâce à l'énergie de nos confrères de Bourgoin, et malgré les conseils d'abstention d'éternellement timorés le « *Sou médical* » a pu obtenir, d'accord avec l'*Union des syndicats,* nous ne pensons pas qu'il y ait encore des confrères qui proclament l'impuissance des associations syndicales. Il est maintenant jugé — et ce sont les médecins, les premiers, qui ont eu l'honneur de faire trancher ce point de droit par la justice, — que non seulement les engagements pris personnellement par les syndiqués vis-à-vis les uns des autres, mais encore les décisions prises dans les réunions des syndicats, constituent pour les syndiqués des obligations régies par les règles du droit commun, et que, par suite, ceux qui les violent sont passibles de dommages-intérêts. en outre des sanctions morales prévues par les statuts. Libre au médecin qui ne veut pas se plier aux décisions prises par ses co-syndiqués, de donner sa démission pour reprendre sa liberté : c'est là, la principale dérogation aux principes généraux en matière de contrat d'association que le législateur de 1884 a cru devoir admettre pour protéger les individus contre la tyrannie possible des groupements professionnels dans lesquels ils sont entrés à la légère. Mais si le syndiqué reste dans l'association, il doit en observer la loi ; si non, qu'il paie, qu'il répare le préjudice qu'il aura causé. Il n'est pas admissible qu'ayant le droit de reprendre sa liberté, avec les inconvénients de l'isolement, le syndiqué veuille à la fois bénéficier de la force de l'association et des avantages de la liberté.

Surtout, il ne lui est pas permis, pendant que ses co-syndiqués, fidèles à la loi commune, compromettent au besoin leurs intérêts particuliers au profit de l'intérêt général, de leur inspirer une fausse confiance en feignant de souscrire aux décisions de l'association, pour recueillir subrepticement le bénéfice des mécontentements que l'attitude du syndicat a pu faire naître. La loi ne protège pas les félons. C'est ce que la justice vient de proclamer solennellement.

Donc, les engagements syndicaux ne sont pas dépourvus de sanctions, comme certains l'ont soutenu. Mais, pour que la répression des trahisons soit plus efficace, pour que la réparation du préjudice réel causé par les félonies soit assuré, nous conseillons aux membres des syndicats, plutôt que d'attendre les résultats toujours aléatoires d'une action en dommages-intérêts, de prévoir les cas de violation des engagements et des décisions syndicales, et de fixer par avance des pénalités sérieuses, consistant en sommes fixes à payer au syndicat.

Pour arriver à appliquer ces dispositions de leurs statuts, les bureaux des syndicats devront procéder avec une grande circonspection, réunir des preuves, citer le délinquant devant eux pour un débat contradictoire et rédiger leurs décisions comme des jugements, en relatant les faits, en visant les preuves et en consignant les aveux, s'il y a lieu. En procédant ainsi, ils s'assureront contre toute surprise, au cas où le syndiqué frappé par eux exercerait son recours devant les tribunaux, ainsi qu'il en a le droit.

Ceci dit, il nous reste à examiner dans quelle mesure les sanctions morales, telles que l'interdiction pour les membres du Syndicat d'avoir des relations professionnelles avec le membre exclu, peuvent recevoir leur application. Dans l'affaire du Syndicat de Bourgoin, la Cour n'a pas adopté la manière de voir du tribunal. Il ne nous semble point cependant que, en reconnaissant à nos confrères le droit de faire connaître à l'administration hospitalière l'obligation où ils

étaient de cesser toutes relations avec leur ancien collègue, les premiers juges aient dépassé les limites admises jusqu'ici par la jurisprudence en matière de *mise à l'interdit*. Nos confrères n'avaient point demandé la révocation du membre exclu, comme médecin de l'hôpital. Ils n'avaient point menacé de faire grève, s'il était maintenu dans ses fonctions. Ils s'étaient contentés de prévenir l'administration hospitalière que, si pendant le temps où leur confrère ferait son service à l'hôpital, il avait besoin d'un aide pour une opération, ils ne pouvaient lui donner leur concours, et que s'il venait à s'absenter, ils ne pourraient le suppléer. Devaient-ils attendre qu'une circonstance de cette nature se produisît, pour refuser leur concours en exécution de leurs statuts et des décisions prises ? Procéder ainsi, en présence d'un malade, surtout d'un indigent pour lequel on eût réclamé leurs soins, eût été odieux ; aussi, aucun des médecins de Bourgoin n'y a songé un seul instant.

La communication faite à l'administration hospitalière dans les formes ci-dessus équivalait-elle à une demande de révocation, sous menace de grève, procédé qui eût été blâmable en matière de services hospitaliers ? En aucune façon, puisque la Commission administrative aurait pu à la rigueur, d'une part, adopter une réglementation assurant aux malades le secours de deux médecins du Syndicat, lorsque pendant le temps de service du médecin exclu, la nécessité d'une opération exigeant le concours de plusieurs médecins se serait présentée, et permettant, d'autre part, au membre exclu de se faire suppléer, en cas de besoin, par un confrère ne faisant pas partie du Syndicat. Nous estimons donc, avec le tribunal de Bourgoin, que nos confrères n'avaient pas outrepassé leurs droits. Mais nous comprenons aussi que la Cour de Grenoble ait été encline à apprécier avec quelque timidité les droits d'un Syndicat médical relativement à l'application d'une mesure de mise à l'interdit, alors qu'il s'agissait d'un service hospitalier. Les honorables magistrats n'ont voulu envisager que la question d'humanité qui prime tout en pareille matière et c'est pour cela qu'ils n'ont pas voulu aller jusqu'au bout du droit qui appartient à un Syndicat à l'égard d'un membre exclu mis à l'interdit.

Avant de quitter ce terrain des commentaires juridiques applicables à ces arrêts, nous ne manquerons pas de faire remarquer que les Syndicats, réorganisés suivant la formule de celui de l'arrondissement de Versailles que nous exposerons plus loin, doivent être sans cesse guidés par un Conseil judiciaire dévoué. A vouloir se passer de ce rouage indispensable, les médecins, gens de sentiment, ne gagneraient que la certitude d'entasser les échecs sur les fautes. Le remède serait pire que le mal.

A partir de notre assemblée générale, les échos répondent de toutes parts à l'appel vigoureusement lancé. Il faut, pour l'histoire de la défense professionnelle et pour la démonstration de la valeur du remède proposé, entendre au moins quelques-uns des coups de clairon donnés aux quatre points cardinaux du pays.

Le Code déontologique de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

(Faute de place, nous n'en reproduisons que les articles terminaux).

§ V. — Conclusions pratiques.

25. Les membres du Syndicat *s'engagent sur l'honneur* à respecter non seulement la lettre, mais l'esprit du règlement.

26. Toute contestation, toutes difficultés entre les confrères du Syndicat devront être jugées d'après les règles admises dans chaque Syndicat.

Les parties pourront en appeler au bureau de la Fédération.

§ VI. — Sanctions.

Les sanctions seront applicables aux membres du Syndicat qui se seront sciemment refusés à observer les statuts et les règlements du Syndicat ou qui auront, dans leurs rapports avec leurs confrères ou dans l'exercice de la profession, commis une faute contre les règles déontologiques.

1° Blâme et avertissement.

Cette sanction est appliquée par le Bureau seul réuni en séance particulière.

2° Blâme en séance avec inscription au procès-verbal.

3° Radiation.

4° Exclusion avec refus de consultation.

Cette dernière sanction ne peut être votée qu'en séance publique et doit réunir les deux tiers des voix des membres présents. La convocation adressée pour cette réunion devra être envoyée à tous les membres syndiqués et porter explicitement à l'ordre du jour la proposition de radiation d'un confrère.

Elle sera appliquée aux confrères syndiqués ou non qui, par leurs actes professionnels ou autres, porteront atteinte à la dignité ou aux intérêts légitimes des médecins syndiqués et du corps médical tout entier.

Le refus de consultation pourra être généralisé à toute la Fédération sur la demande du Syndicat en cause. Le Comité de la Fédération se prononcera sur la question, après avoir examiné si les griefs sont suffisants pour généraliser le refus de tout rapport confraternel. Même dans le cas où la Fédération jugerait qu'il n'y a pas lieu de prononcer cette peine aggravante, le Syndicat particulier resterait libre de maintenir son vote acquis pour la région dans laquelle ce Syndicat exerce son action propre.

Ce que doit faire un syndicat.

(Extrait de la Fédération médicale des médecins du Sud-Ouest).

J'aurais beau entasser ici des *si*, des *mais* et des *peut-être* avec même des *sans doute*, accumuler des suppositions, des hypothèses avec des possibilités ; je n'entreprendrai pas de dire ce qu'un syndicat devrait et pourrait faire. Je prendrai le fait brutal, le fait réalisé que chacun peut vérifier, peut toucher, tourner et retourner. Ici, pour que vous appréciez ce que peut faire, quels services peut rendre un syndicat médical, je cèderai la parole à notre honoré et vaillant confrère le Dr Billon (de Dôle). A cette objection : « Les syndicats n'ont rien produit que des discussions stériles et des projets mort-nés », notre confrère du Jura a répondu par une fort intéressante étude dont je reproduis les passages suivants :

« *Le besoin crée l'organe* » : cette loi du transformisme s'applique aux collectivités comme aux individus.

« Si, depuis dix ans, on a assisté sur tout le sol de la France à une telle éclosion de syndicats médicaux, après que la loi de 1892 eût accordé aux médecins le droit de se syndiquer, c'est parce que les difficultés de plus en plus grandes de notre profession avaient rendu nécessaire l'union des méde-

cins en vue de la défense de leurs intérêts menacés.

« La loi de 1892 n'a donc pas, à proprement parler, créé les syndicats médicaux. Ils existaient déjà virtuellement, sans avoir le droit d'agir. La loi n'a fait que leur ouvrir la porte, et ils sont entrés dans l'arène.

« Est-il besoin d'énumérer les difficultés qui s'accumulaient déjà sur notre route, et qui n'ont fait qu'augmenter ?

« Sociétés de secours mutuels, dont les exigences croissent avec le nombre des adhérents, et qui viennent nous offrir leurs faveurs au rabais, la visite à dix sous comme dans certaines villes. — Assistance médicale reprenant en détail ce qu'elle semblait nous avoir accordé en gros : tel ce département alpin où, d'autorité, le Conseil général a fixé la visite à 30 centimes et le kilomètre à vingt, un peu moins qu'on ne donne aux saute-ruisseaux du télégraphe. — Compagnies d'assurances écrivant à chacun de nous, comme à l'élu de leur cœur pour obtenir un bon petit traité pas cher, et nous passant la main droite dans les cheveux pendant que de la gauche elles nous *font* notre porte-monnaie. — Et enfin la clientèle elle-même, exigeant davantage du médecin tout en *l'honorant* moins. Tous ces adversaires de notre indépendance et de nos intérêts ont amené le corps médical à se révolter et ont rendu nécessaire la coalition de nos forces pour résister à tant d'assauts.

« Le Syndicat des médecins du Jura a été constitué en 1877, à l'instigation du docteur Chevrot, conseiller général de Bletterans, qui en est le président. Il comprend aujourd'hui les trois quarts des médecins du Jura : chose bizarre, le quart dissident est en grande partie formé de jeunes.

« Dès le lendemain de sa création, on s'est mis à l'œuvre. Et le 31 août 1898, est adopté à l'unanimité après de vifs débats, un tarif minimum d'honoraires. Ici, rendons à César ce qui est à César ; notre tarif a beaucoup emprunté à celui du Doubs, cette petite plaquette jaune bien connue qui était excellement rédigée.

« Vous voyez bien, m'objectera-t-on, qu'il n'y a « pas besoin d'être un syndicat pour faire de bon « ouvrage ? la preuve, c'est que notre Société du « Doubs avait, bien avant vous, élaboré un Tarif « que vous déclarez vous-mêmes excellent. »

« C'est vrai ; seulement il s'agit de savoir si ce tarif est appliqué chez vous, et si les médecins qui l'ont approuvé s'y conforment. Et s'ils ne s'y conforment pas, quelles représailles peut exercer l'Association ? — Aucune, n'est-ce pas ?

« Eh bien ! tout à l'heure je vous dirai à mon tour de quelle façon les syndicats peuvent faire fonctionner les décisions prises.

« Continuons. — Le 22 octobre 1899, vote d'un tarif spécial aux accidents du travail, en rapport avec les responsabilités beaucoup plus grandes que nous crée la loi de 1898. Notre tarif est copié sur le tarif girondin, avec cette différence capitale qu'il spécifie nettement, en quelques paragraphes, certaines clauses dont les événements ont, depuis lors, bien montré l'importance.

Qu'on en juge par cet extrait :

« 1° Les médecins des hôpitaux ont droit aux mê« mes honoraires pour les soins qu'ils donnent à un « blessé dans leur service d'hôpital.

« 2° L'ouvrier est libre dans le choix de son mé« decin.

« 3° Les médecins soussignés s'engagent à ne « pas donner leurs soins à des tarifs inférieurs au « tarif ci-dessus. »

« S'est-on assez escrimé dans toute la France sur ces trois questions-là ? A-t-on fait couler assez d'encre pour aboutir parfois aux propositions les plus saugrenues ! Que d'arrêts de justice contradictoires ! le plus souvent, il est vrai, en faveur des médecins, grâce à l'action syndicale qui intervenait. Jusqu'au Parlement lui-même qui, trouvant boiteuse sa propre œuvre de 1898, la remit sur le chantier, et accoucha, fin mai 1901, d'un nouveau monstre qui fait pousser des cris d'orfraie aux deux parties intéressées, médecins et Compagnies d'assurances !

Les clauses ci-dessus du tarif jurassien semblaient avoir prévu ces difficultés et s'étaient efforcées d'y parer ! Oh ! il ne faudrait pas croire que, grâce à ces petits articles, cela est allé tout seul, et que tous les médecins du Jura ont été sur un lit de roses, pendant que leurs confrères d'à côté ferraillaient avec les Compagnies !

Ce serait bien mal les connaître, ces braves Compagnies d'assurances, que de croire qu'elles ont accepté la situation sans chercher à l'exploiter. Ici à Dôle, nous avions tous signé le tarif, et il en avait été envoyé des exemplaires, signés, aux patrons et aux Compagnies d'assurances. Tout d'abord, on chercha à nous entamer individuellement, en nous offrant, au rabais, comme de juste, le bon petit monopole, si nous consentions à parjurer notre signature. Puis, devant leur insuccès, toutes les Compagnies capitulèrent et acceptèrent notre tarif. Toutes, sauf une, d'origine étrangère. Elle se dit, cette compagnie psychologue : « Ce serait bien étonnant « si parmi tous ces médecins, il n'y avait pas un fé« lon ! il y en a bien eu parmi les apôtres. »

« Ce raisonnement n'était pas bête, et il s'est trouvé juste . il y avait un félon. — Alors, à partir de ce jour, plus un seul accident pour nous autres les fidèles ; vide complet, par suite de la monopolisation des blessés de cette Compagnie au profit de l'élu.

« Ce n'est pas tout. A la première réclamation d'honoraires (pour des accidents antérieurs) conforme au tarif jurassien, la Compagnie répond par une lettre hautaine qu'elle ne réglera que devant le juge de paix, sur le tarif d'assistance médicale. C'est ce qui fut fait. Le signataire de ces lignes eut le peu enviable honneur de faire rendre à Dôle le premier jugement de ce genre. Avec les frais cela a coûté à la Compagnie un peu plus du double de ce que je lui demandais... Elle ne s'y est plus frottée ; et depuis cette époque, elle laisse ses blessés libres de choisir leur médecin et règle sans protester les notes d'honoraires conformes à notre tarif ; elle trouve que c'est encore meilleur marché.

« Les traits de félonie ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Comment les punir ? et surtout comment les empêcher ? J'ai promis tout à l'heure de vous le dire, voici :

« Le Syndicat médical de Bourgoin vient d'obtenir un jugement dans des espèces (comme on dit au Palais) toutes pareilles à notre cas. Le félon a été condamné à des dommages-intérêts envers les autres confrères syndiqués, et aux frais de l'instance. Comme il en a appelé devant la Cour de Grenoble, il faut attendre l'arrêt : ce sera pour janvier ou février.

« Si cet arrêt est confirmatif, soyez persuadés que, dorénavant, les syndicataires qui seraient tentés de se laisser séduire par les offres des Compagnies réfléchiront devant la perspective des dommages-intérêts et de la flétrissure morale qui en résulterait pour eux.

« Mais dans ces conditions, dira-t-on, le résultat de tant d'efforts est à la merci d'un confrère nouveau venu pour qui ce serait tout indiqué, n'ayant pas les mains liées par un Syndicat, de profiter de sa liberté pour accepter toutes les propositions et cumuler tous les monopoles offerts au rabais par les Compagnies. — Soit, mais s'il faisait cela, il n'arriverait jamais à faire croire qu'il agit en bon confrère, lorsqu'il vient détruire en quelques jours le fruit de tant de luttes. Et alors une fois prévenu, s'il continuait à reconstituer à son profit les monopoles si péniblement détruits, il trouverait dressé contre lui, pour le tenir à l'écart et cesser tout rapport professionnel, l'ensemble des confrères syndiqués unis par les luttes de jadis. »

« D'ailleurs, on commence à suspecter fortement les intentions des jeunes confrères qui, sans motif avoué, se tiennent à l'écart des syndicats.

« Ne pas être au nombre de ceux qui défendent « vaillamment le drapeau par tous les moyens honorables et légaux, c'est s'assimiler au soldat qui « déserte, pendant que ses frères sacrifient tout ce « qu'ils ont de plus cher, temps, argent, avenir, « santé... Si l'adhésion au Syndicat fut longtemps un « simple droit pour le médecin honorable, elle est « devenue aujourd'hui un devoir absolu, inéluctable, « si on ne veut pas être discuté ou suspect. »

« Voilà donc résolue, à Dôle, ou bien près de l'être, la question des monopoles des accidents du travail. Quant aux autres monopoles officiels : assistance médicale, vaccinations, enfants du premier âge, le Syndicat des médecins du Jura les a abolis. Dans le Doubs, l'assistance médicale est attribuée à un certain nombre de médecins privilégiés, à l'exclusion des autres. Dans le Jura, tous les médecins participent à ce service, et ils sont rémunérés à la visite. — Nous avons obtenu la même égalité pour la vaccination et les enfants du premier âge : tout le monde a une circonscription ; on fait les parts plus petites, voilà tout.

« Là où l'action syndicale du Jura s'est exercée de la façon la plus efficace, c'est dans la répression de l'exercice illégal. Qui ne les connaît ces pirates de la médecine ? Qui ne les a souhaités au diable, ces célèbres docteurs américains, ces oculistes de la Jungfrau, ces bandagistes diplômés de la Faculté de Paris ? Mais ce qu'on ne veut pas assez reconnaître, c'est à quel point ces rastaquouères nuisent à nos intérêts matériels et tendent à avilir la dignité de la profession, en se faisant passer pour médecins et en flibustant, sous ce titre, les malheureux qui viennent se confier à eux.

« Le Syndicat du Jura a pris à cœur de purger notre département de ces charlatans, et il a obtenu un premier succès cette année.

« (Ici l'histoire d'un charlatan pris et condamné.)

En résumé : relèvement des honoraires pour la clientèle, — imposition aux Compagnies d'assurances du tarif jurassien, abolition des monopoles, — condamnation de l'exercice illégal, — voilà les résultats pratiques acquis par le Syndicat des médecins du Jura dans ces quatre dernières années.

« Mais il y d'autres résultats qui, pour être moins tangibles, n'en sont pas moins précieux. Je veux parler du réveil de nos énergies, de la conquête de notre indépendance, et, comme conséquence, de l'augmentation du prestige du corps médical tout entier.

« Ne craignons pas de le dire bien haut : l'esprit syndical, qui est notre esprit nouveau à nous, médecins, est venu, dans ces temps de veulerie et d'égoïsme universels, susciter les sentiments de solidarité sans lesquels nous ne pouvons pas vivre dignement.

« Par cet esprit de discipline que l'on puise dans les syndicats, le médecin apprend à respecter les droits de ses confrères et à se respecter lui-même.

« En maintenant à un taux raisonnable le chiffre de ses honoraires, et en assurant leur rentrée régulière, il obtient la juste rémunération de ses soins et de son dévouement, et il évite ainsi cette âpreté besogneuse, mère de l'envie, et mauvaise conseillère.

« Le médecin peut ainsi entretenir des rapports cordiaux avec ses confrères en n'empiétant pas sur leur terrain. Mieux rétribué, il peut se contenter d'un nombre moindre de clients, et consacrer au travail un temps dont ils seront les premiers à bénéficier.

« Et en définitive, il contribue par là à rendre à la profession médicale, tant attaquée aujourd'hui, son bon renom, sa valeur et sa dignité ».

Au bas de ces pages si éloquentes et si intéressantes, notre confrère, le Dr Jeanne, du *Concours Médical*, ajoute ces quelques mots bons à méditer. « Les syndicats seront cela ou ils périront misérablement. »

Hé bien ! confrères du Midi, croyez-vous qu'il vous soit impossible de réaliser chez vous ce qui a été réalisé dans le Nord-Est de la France? Je m'adresse ici à vous tous pris en général, à vous tous pris en bloc. Et à chacun de vous en particulier je demanderai : « Voulez-vous être de ceux qui vont donner au Syndicat l'impulsion nouvelle qui rendra véritablement féconde votre *Association confraternelle* ? »

Répondez !

Dr J. Bach.

Le Concours Médical et les Syndicats médicaux.

(*Extrait du* Dauphiné médical *de mars 1902.*)

IV

Le journal *Le Concours médical*, dont il vient d'être question, a joué dans nos affaires professionnelles un rôle tellement important que tout médecin en doit parler avec une sympathique reconnaissance et, s'il est entre les mains de la plupart d'entre nous, on reste surpris de voir encore des collègues qui le dédaignent ou même qui l'ignorent. Né en 1878, du tenace dévouement d'un de ces apôtres du bien que suscite l'altruisme le plus généreux, le Dr A. Cézilly, il a, dès ses modestes débuts, adopté une direction judicieuse et ferme dont il ne s'est jamais départi. A côté d'articles de science marqués toujours au coin du bon sens et de l'utilité pratiques, il a inauguré l'étude féconde et la défense énergique des intérêts du corps médical, qui se confondent par bien des points avec les intérêts sociaux les plus élevés.

Mais il n'a pas borné cette défense à de vagues exhortations, à des protestations platoniques, à de stériles et ridicules récriminations, comme il arrive à tant de médecins découragés par une lutte ingrate et inégale ; il l'a organisée par une série d'œuvres dont la première et la plus importante a été la création des *Syndicats médicaux*, reliés par l'*Union des Syndicats*. Parmi les autres, il faut citer le *Sou médical*, destiné à soutenir les luttes professionnelles des médecins, principalement sur le terrain judiciaire, et enfin la caisse *Indemnité maladie* et la *Caisse des retraites*. Ces deux dernières sont précisément celles dont je parlais plus haut, qui viennent d'être adoptées par l'Association générale et qui, sans doute, sont destinées, grâce à leur organisation intelligente et vivace et grâce aussi à ce nouveau et puissant patronage, à englober bientôt tous les hommes prévoyants parmi les médecins français.

L'œuvre des Syndicats a déjà donné des résultats matériels et moraux considérables ; parmi ces groupements, les uns sont limités à des régions peu étendues, un arrondissement, un canton, une vallée, parfois une seule petite ville ; les autres s'irradient sur un département ou toute une province ; quelques-uns ont des jours éphémères et ne font que paraître, emportés à la fleur de l'âge par « un mal vulgaire et bien connu des hommes », l'égoïsme. Il en est enfin qui, mieux constitués pour la lutte, traversent sans accidents les *chauds et froids* inévitables ; ils ont, ceux-là, la vie dure et après de multiples épreuves, ils sont si bien trempés qu'ils donnent l'exemple de la marche en avant et signalent chacune de leurs étapes par une victoire.

Qu'en ces syndicats, petits ou grands, on apporte une loyale entente et un peu de fraternelle discipline, qu'on y encourage le dévoûment par un brin de gratitude, qu'on y réprime la mauvaise foi par une sanction efficace et d'avance consentie, que les mains s'y tendent et que les coudes s'y serrent, et on y verra les bons éléments l'emporter aisément sur les autres, pour le plus grand bien de tous. Mais qu'on s'y garde bien des déloyaux et des traîtres !

Au surplus, dans l'histoire des syndicats médicaux, il est bien des raisons de croire à l'avenir et pour quelques morts-nés que de gaillards vigoureux ! Lisez, je vous prie, les statuts que vient de publier (*Concours médical* du 1er mars 1902) le Syndicat de Versailles et dites-moi si, devant une bonne volonté aussi cordiale, une organisation aussi

serrée, avec la perspective pour toute défaillance d'une pénalité effective, tant morale que financière, il ne vaudra pas mieux, en ce pays privilégié, suivre la bonne route au grand soleil que de prendre dans l'ombre les sentiers tortueux !

Nés d'hier, les *syndicats médicaux* fils du *Concours*, ont déjà valu bien des avantages aux médecins. Ils leur ont appris à se réunir pour la défense, à prendre le sentiment des intérêts communs, à se fortifier contre les groupements hostiles et les diverses mutualités qui s'étaient fait de l'exploitation naïve du corps médical une facile habitude : ils leur ont appris à démasquer leurs collègues incorrects et peu à peu à empêcher que les bons ne soient toujours les victimes résignées des mauvais.

Il n'entre pas dans le cadre de ces *Causeries* de traiter ce vaste chapitre des syndicats médicaux. Mais qu'il me soit permis en passant de rendre hommage au zèle, au dévoûment, à la courageuse initiative de tant de médecins, et à leur tête, au Dr Cézilly, dans cette œuvre de protection mutuelle et d'assainissement corporatif.

(*Causerie médicale du* Dr Dumarest,
Vice-Président de l'Association des médecins de l'Isère.)

Publions maintenant une très intéressante lettre ouverte qui en dit peut-être encore plus long que ce qui précède, car elle relate des actes, des résultats : c'est le procès-verbal d'une année de campagne d'un petit syndicat sous le nouveau régime prôné par le Concours.

Les Syndicats sagement limités.

Lorient, le 21 mai 1902.

Mon cher Confrère,

Permettez-moi de vous exposer en quelques mots les résultats auxquels peuvent conduire l'union et la concorde entre médecins exerçant dans une ville de 45.000 habitants (quarante-cinq mille).

Au moment où fut projetée par plusieurs confrères de Lorient, la formation d'un Syndicat purement local, au mois de mai 1901, nous étions littéralement mangés par les Sociétés de secours mutuels dont le nombre tendait (ici comme partout ailleurs) à augmenter de plus en plus ; avec cette aggravation que nous exercions dans un pays pauvre, avec peu de gens aisés, et que nous avions pour vivre un grand intérêt à ce que ces derniers nous honorent suffisamment. Les tarifs des Sociétés de secours mutuels étaient tombés à un taux ridicule ; les visites de jour et de nuit étaient cotées à 0 fr. 30 (trente centimes !) ; une de ces Sociétés, la plus importante, celle des Corps réunis, avait même décrété une amende de cinquante centimes pour ceux de ses sociétaires qui dérangeraient le Médecin la nuit, mais l'amende était au profit de la Société et non du Médecin (!) Les employés du Commerce et de l'Industrie (gens aisés) étaient en train de former une Société de secours mutuels, grâce à laquelle ils espéraient bien exploiter les Médecins. Une autre Société, en formation également, mais composée d'adhérents appartenant à la ville, au département, et même aux départements voisins, m'avait offert la Présidence d'honneur; il était bien entendu que je devais payer ma cotisation, et il était sous-entendu que je ne refuserais pas de donner des soins gratuits, pour toute maladie, aux affiliés (président d'honneur ne pouvant pas décemment se faire payer par ses administrés). Pour un Médecin ordinaire, la chose était déjà sérieuse, mais pour un médecin exerçant comme moi une spécialité, l'affaire était plus grave puisque je vois des malades non seulement de Lorient, mais encore du département et des départements voisins ; la suite des événements m'a d'ailleurs prouvé que je raisonnais juste.

C'est alors, comme je l'ai dit, que fut décidée la formation d'un Syndicat local pour défendre les intérêts professionnels et que le 20 mai, un avis fut envoyé à tous les confrères de la ville au nombre de seize : quatorze répondirent à l'appel ; les deux autres, absents, ne tardèrent pas à donner leur adhésion pendant les jours suivants. Je ferai remarquer qu'il n'y eut pas une défaillance à ce moment et que les Médecins titulaires des Sociétés de secours mutuels n'hésitèrent pas à abandonner une situation acquise pour s'unir aux autres.

Un avis fut envoyé aux confrères des communes environnant Lorient d'avoir à se joindre à nous ; sept adhérèrent à nos statuts ; et, dans la suite, deux jeunes médecins nouvellement installés à Lorient (la chose est à signaler au point de vue déontologique) demandèrent à entrer dans le Syndicat, malgré les démarches que firent auprès d'eux les Sociétés de secours mutuels.

Depuis un an, le Syndicat fonctionne et voici, par suite de l'accord unanime, les importants résultats auxquels nous sommes arrivés :

1° Rapports avec les Sociétés de secours mutuels. Pour nous, elles n'existent plus, leurs affiliés sont ramenés au tarif ordinaire, tarif à la visite variable suivant la position des gens. Un tarif minimum, dit ouvrier, est appliqué aux malades peu aisés, qu'ils fassent ou non partie d'une Société de secours mutuels.

2° Rapports avec les Sociétés d'assurances. Les certificats exigés pour les assurances-vie sont cotés 20 fr. au lieu de 10. En cas d'accident du travail, chaque certificat est coté 5 fr. ; les soins en plus suivant le tarif minimum cité plus haut.

3° Précautions contre les mauvais payeurs qui peuvent nous honorer : après deux avertissements, ils sont signalés aux confrères du Syndicat et tout soin leur est refusé jusqu'au paiement des honoraires en retard.

4° Précautions contre les médecins commis-voyageurs qui, sans habiter la région, viennent, par intermittence, exploiter la crédulité du public, se font payer d'avance, tandis que le modeste praticien attend un an ou deux le règlement des honoraires (qu'il ne touche pas toujours), et disparaissent avec l'argent des gogos. Nous nous assurons par l'entremise du Procureur de la République s'ils sont diplômés, s'ils paient patente, s'ils sont inscrits à la Préfecture ou Sous-Préfecture de la ville où ils exercent, s'ils peuvent justifier leur identité. Je veux bien croire qu'il y en a parmi eux qui exercent consciencieusement leur pénible et ingrate profession ; mais il y en a qui n'ont aucun droit d'exercer ; c'est ainsi que le Syndicat a pu dévoiler la fourberie d'un nommé P... qui venait tous les mois pratiquer la médecine dans un hôtel à Lorient et qui était l'objet de poursuites pour escroquerie ; à la suite de l'enquête, le sieur P... n'a plus reparu.

5° Condamnation d'un rebouteur à cent francs d'amende envers le Syndicat. Tout n'est pas fini ; nous comptons poursuivre nos revendications : mais nous n'avons qu'à nous féliciter du travail qui a été accompli dans l'année. Nous ne voulons pas nous citer comme modèle ; bien d'autres à notre place auraient peut-être fait plus que nous ; mais ce que nous demandons, c'est que d'autres nous imitent; les Syndicats locaux (que préconise le Concours) sont les seuls qui puissent aboutir au point de vue des revendications médicales ; l'union et la concorde sont bien faciles à réaliser entre gens de même éducation et d'intérêts identiques.

Veuillez agréer, etc. Dr de Champeaux.
Membre du Syndicat de Lorient.

Veut-on maintenant un spécimen de l'état d'âme de certains syndicats ? On le trouvera dans le compte rendu ci-dessous d'une réunion du syndicat des Deux-Sèvres qui s'est tenue récemment.

Cela sent le réveil de toutes les énergies, pour aboutir, dans les prochaines séances, au Syndicat devenu ce qu'il doit être : nous avons souligné le passage où la question est mise à l'ordre du jour de la façon la plus formelle.

Syndicat médical des Deux-Sèvres

Assemblée générale tenue à Niort, le 14 avril 1902 sous la présidence du Dr J. Charier, président.

L'Assemblée générale du printemps s'est tenue le 14 avril 1902, dans une des salles de l'Hôtel de Ville à Niort.

26 membres étaient présents : MM. Charier, Audoin, Corbin, Vandier, Métais, Eug. Bellot, Verlet, Gadreau, Dourif, Breffeil, Forget, Clais, Landry, Duloul, Gaillard, Tiffaud, Senoble, Guillon, de Saint-Loup, Roulland, Bouchet, Dupont, Mayet, Grassin, Pillet, puis Le Guichaoua et Clochard, nouvellement élus.

Excusés : MM. Gallot, Guinebertière père, Cotilleau, Chauveau, Pelletier, Perrault, (Roy, d'Argenton),Bernard, Boudard, Gilles, Marion et Me Mercier, avocat.

Le procès-verbal de la dernière réunion du 14 octobre est lu et approuvé à l'unanimité.

MM. Le Guichaoua, de Thénesay, présenté par MM. Guillon et Gaillard, et Clochard fils, de Mauzé, présenté par MM. Métais et Eug. Bellot, admis à l'unanimité membres du syndicat, sont invités à prendre place parmi nous.

Le docteur Frédéric Grimaud, de Derré, par Limalongues, médecin consultant à Cauterets, pose sa candidature. D'après nos statuts, son élection aura lieu à la prochaine réunion, après que sa candidature aura figuré sur l'ordre du jour qui sera joint à la convocation ; il est prié d'assister à la réunion.

Union des Syndicats. — Le Président, qui est allé à la réunion de l'Union générale, prie ses confrères, vu les nombreuses questions portées à l'ordre du jour, de se reporter au compte rendu paru dans le Bulletin de l'Union ; la discussion principale a porté sur les honoraires des médecins des hôpitaux pour les accidents et malades payants hospitalisés. Notre sympathique Président de l'Union, le docteur Lande, maire de Bordeaux, a présenté, comme il l'avait promis, un règlement à la rectification de la commission administrative des Hôpitaux de Bordeaux qui, après son adoption, pourra servir de règlement-type dans toutes les localités pourvues d'Hôpitaux.

Affaire Audouin et Chemin de fer de l'Etat. — L'intervention du docteur Charier, Président, a obtenu le paiement des honoraires demandés par le docteur Audouin.

Affaire Docteur Blanchet, de Pamproux, contre la Société de secours mutuels de cette ville. — Les démarches du Président ont fait accepter, des deux parties intéressées, l'arbitrage du bureau du syndicat et empêché un procès déjà en cours. L'assemblée approuve l'initiative et l'attitude du Président et exprime le vœu que toutes affaires litigieuses soient ainsi soumises au bureau.

Les médecins de Saint-Loup et le pharmacien. — En appel, la condamnation des médecins a été confirmée. Le pharmacien a obtenu le bénéfice de la loi de sursis. Il est rappelé aux confrères, dans les localités desquels existe une pharmacie, qu'ils n'ont pas le droit de vendre des médicaments.

Lettres aux députés et sénateurs. — L'envoi des modifications demandées par l'Union des syndicats à la loi sur l'exercice de la pharmacie a été fait par les soins du Président, personnellement à chaque député du département. Trois sur cinq de nos députés ont accusé réception. L'envoi des modifications demandées à la loi sur les accidents a de même été fait aux sénateurs, un seul de nos honorables a répondu que nous pouvions compter sur lui pour défendre nos justes réclamations.

Assistance médicale de Bressuire. — Une nouvelle lettre a été adressée au Préfet pour lui signaler le refus de la municipalité de Bressuire d'installer dans la commune le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite. Pas de réponse.

Poursuites contre les rebouteurs — Le rebouteur Morisset poursuivi pour exercice illégal de la médecine sur la plainte du Syndicat, a été condamné par le tribunal correctionnel de Niort, à cent francs d'amende et à vingt-cinq francs de dommages-intérêts seulement envers le syndicat. — Le rebouteur Hippeau a été condamné, dans les mêmes circonstances, à cent francs d'amende aussi et à un franc seulement à titre de dommages-intérêts à l'égard du Syndicat. La condamnation seule doit nous être, aux yeux du juge, une satisfaction morale suffisante. Sachons nous contenter de peu et ne perdons pas courage ; il en coûte cependant à notre caisse. — Les poursuites contre Géron n'ont pas abouti jusqu'à cette heure. Cet individu a produit devant le Procureur de la République de Bressuire, un diplôme de masseur émanant de la Société magnétique de France, dite Ecole pratique de magnétisme et de massage sise, 22, rue Saint-Merry, à Paris, sous la direction d'un docteur Durville. Ce docteur (?), d'après les déclarations du commissaire de police de l'arrondissement où il demeure, aurait subi une condamnation, et « aurait écrit au commissaire que « le diplôme délivré par son institut a une valeur « purement scientifique, mais ne confère nullement « au titulaire le droit de s'occuper de questions et « de traitements se rattachant à la médecine. Dans « ce dernier cas, ils ne doivent opérer qu'autant « qu'ils agissent sous la direction ou le contrôle du « médecin ». C'est vous dire que ce diplôme n'a aucune valeur ; mais l'inculpé a argué de sa bonne foi que le tribunal pourrait bien prendre en considération et, d'après l'avis de l'avoué du syndicat, le Président n'ayant pas voulu se porter partie civile en votre nom, et l'individu étant insolvable, aucune suite n'a encore été donnée à cette affaire.

Election d'un représentant des syndicats au Conseil supérieur de la Mutualité. — Suivant la discipline qui nous doit régir, vos délégués, les Docteurs Audouin et Charier ont voté pour le docteur Gairal, des Ardennes, qui a été élu.

Commission de vérification et nouveau tarif des opérations de l'assistance médicale gratuite. — Le préfet a nommé membres de cette commission les quatre confrères Charier, Corbin, Gaillard, Gaud, tous membres du syndicat, qui avaient réuni le plus grand nombre de suffrages. Quoique n'étant pas encore satisfaisant, ni complet, le nouveau tarif constitue une réelle amélioration due à la ténacité de la commission qui a trouvé en M. le docteur Pellevoisin, conseiller général, un collaborateur dévoué. L'assemblée vote à M. Pellevoisin pour son bienveillant concours des remerciements qui lui seront adressés par les soins du Président.

Institut antibacillaire. — Le docteur Breffeil, donne lecture d'une lettre par laquelle il avait informé le Président qu'il avait été sollicité de donner son appui à un institut bacillaire, en projet de fondation à Parthenay. La société financière qui offrait une place rétribuée au docteur Breffeil, n'avait aucun caractère officiel ni scientifique, elle désirait fonder un établissement qui lui rapportât de gros bénéfices. Le refus du docteur Breffeil de prêter son concours à pareille œuvre n'est que méritoire. Les syndiqués auxquels des offres semblables seraient faites sont instamment priés de les repousser et d'en informer le Président. Vu l'importance générale de ces faits, il est décidé que le procès-verbal actuel sera envoyé à tous les confrères du département, syndiqués ou non, pour les mettre en garde contre de pareils agissements, dont la réalisation, absolument contraire à l'intérêt public, porterait en outre un préjudice considérable à l'exercice de notre profession.

Compagnies d'assurances-accidents. — Les membres syndiqués ne doivent accepter aucun contrat avec ces compagnies, et ceux qui en ont doivent les dénoncer et résilier leurs engagements aussitôt leur expiration. Il ne doit pas y avoir quelques médecins de Compagnies d'assurances ; nous sommes tous médecins des assurés qui nous prendront comme médecin, car la loi est formelle à ce sujet : *l'ouvrier a le libre choix du médecin.* Nous devons appliquer le tarif des honoraires contre les accidents adopté par le syndicat, dont des exemplaires ont

été envoyés à tous les médecins du département et sont à la disposition de tous ceux qui en feront la demande, afin d'en adresser dans chaque localité à tous les agents d'assurances, pour empêcher les contestations. En effet, dans ce cas le juge de paix, pour les honoraires médicaux, applique légalement le *tarif de l'assistance médicale gratuite*, quand l'ouvrier a choisi lui-même son médecin ; nous devons donc nous efforcer d'obtenir une déclaration signée du patron nous demandant nos soins pour l'ouvrier qui nous a choisis. En résumé, nous ne devons pas connaître les compagnies d'assurances-accidents, ni accepter aucune condition de leur part ; nous imposons notre tarif ; nous répandons le plus possible que l'ouvrier a le libre choix du médecin, qui ne peut lui être imposé par l'agent de la Compagnie : en cas de non-paiement nous adressons notre note à l'ouvrier qui, lui, a recours contre son patron, lequel a recours contre son assurance. *Mais il faut de la discipline entre nous, et une sanction doit exister contre les dissidents. Nos statuts, muets à cet égard, doivent être révisés dans le sens des nouveaux statuts du syndicat de Versailles, dont le Concours Médical a bien voulu, sur notre demande, nous envoyer une douzaine d'exemplaires*. Le bureau étudiera cette question ; *Révision des statuts, pour la prochaine réunion.*

Sociétés de secours mutuels. — Le docteur Guillon, de Saint-Loup, a écrit au sujet d'un projet de création d'une société de secours mutuels dans sa localité ; il demande quelle doit être son attitude et celle de son confrère. Après les justes observations du docteur Dupont, il est décidé que nous devons, en principe, nous opposer à la création de pareilles sociétés qui n'ont pour but que l'exploitation du médecin : toutefois, lorsque nous n'aurons pu empêcher la formation de ces sociétés, nous devons exiger l'application du vœu suivant, déjà adopté par le syndicat, ainsi conçu et rappelé pour mémoire :

1° *Etablissement des honoraires médicaux à la visite et à la consultation suivant le tarif ouvrier* ;

2° *Libre choix du médecin par le mutualiste* ;

3° *Exclusion des gens aisés comme membres participants* ;

4° *Représentation du corps médical au conseil de la Société par un ou plusieurs médecins élus par leurs confrères.*

Projet de Société médicale. — Le docteur Corbin renouvelle son projet de création d'une société médicale scientifique. Le syndicat prend l'initiative de la formation de cette société dont les séances permettraient aux médecins du département de rester en communication constante et de se renseigner les uns les autres sur les observations intéressantes recueillies dans leur clientèle et de profiter des communications qui pourraient être faites sur certains cas pathologiques et sur certains traitements destinés à appeler l'attention de tous. Le Bureau est chargé d'en élaborer les statuts et de prévoir la publication d'un Bulletin.

Le médecin dans la société contemporaine. — Ce sont des conférences de déontologie, faites par MM. Legendre et Lepage. Tous les confrères sont invités à se procurer cette brochure moyennant 2 fr. adressés au *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris, X° arrondisssment.

Vu l'heure avancée et sur sa demande, les questions qui devaient être traitées par le docteur Senoble, sont reportées à la prochaine réunion.

Le président remercie les membres du Syndicat qui s'intéressent de plus en plus à notre œuvre de défense professionnelle et viennent toujours plus nombreux aux réunions et leur donne rendez-vous en automne à Saint-Maixent, où auront lieu la réunion et le banquet annuel.

Le Président, Dr J. CHARIER. — *Le Secrétaire,* Dr AUDOUIN.

Nota.— « A la date du mardi 22 avril 1902, le rebouteur Géron, poursuivi d'office par le Procureur de « la République de Bressuire, à la suite de la plainte « portée par le Président, a été condamné par le tribunal de cette ville à cinq cents francs d'amende, « pour exercice illégal de la médecine. »

(1) La brochure est épuisée.

La réorganisation du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Le moment est venu d'enlever tout prétexte aux hésitants et aux timides en leur disant, avec tous détails pratiques nécessaires, comment le Syndicat de l'arrondissement de Versailles a accompli sa métamorphose et quelles sont ses espérances parfaitement fondées pour un avenir très prochain.

On était au mois de juillet, l'année dernière : la commission de révision venait de terminer son travail. Une vingtaine des plus zélés apôtres du Syndicat s'étaient rendus à Poissy où ils invitaient à dîner sous les charmilles, au bord de la Seine, quelques excellents confrères de la région, encore non syndiqués et qu'ils voulaient avoir à tout prix dans leurs rangs. Quand tout le monde fut réuni, le Président, (solennel pour un instant), ouvrit la séance par le speech suivant dont il n'avait pas prévu le succès.

L'affiliation au Syndicat est un devoir.

Il fut un temps, pas encore très lointain, où l'on discuta le *droit* pour les médecins de se constituer en Syndicats, et de travailler ainsi à la défense professionnelle, au maintien de notre prestige, à la protection de tous nos intérêts.

Et l'on en discuta beaucoup, d'abord avec le public, puis avec les pouvoirs et l'administration. Chose bizarre, c'est dans nos rangs que la controverse se prolongea le plus. Quand la loi eut parlé, on vit s'incliner assez vite tout ce qui nous avait barré la route : le dernier obstacle rencontré sur notre chemin fut l'attitude dédaigneuse ou défiante, parfois même hostile, des médecins arrivés ou arrivistes, qui trouvaient que nos efforts de solidarité ne les touchaient pas ou prenaient le caractère d'attentats à leurs privilèges.

Mais les événements ont suivi leur cours, et, sous leur poussée, la nécessité de l'union, qui d'abord apparaissait aux plus clairvoyants et aux moins fortunés, s'impose aujourd'hui à tous.

Quelques rares sommités résistent encore ; seulement elles ne s'en targuent plus. Loin de là, elles s'en excusent, comme elles peuvent, plutôt mal que bien, disant nous ignorer ou n'avoir pas eu le temps de se faire affilier à nos groupes. De bonnes raisons pour répondre *non* à notre propagande, il n'en est plus donné.

Et pourquoi ?

Parce qu'il n'y en a plus. Finis les cancans absurdes, mortes les légendes idiotes, ridiculement démentis les pronostics qui accueillirent cette nouveauté : *des Syndicats médicaux.* Malgré les défaillances isolées, le mouvement s'est accentué, sagement progressif, merveilleusement fécond dans certaines zones, partout utile ; l'expérience est faite et elle est concluante. C'est à tel point qu'avec raison on suspecte aujourd'hui quiconque s'isole, parce que la preuve est acquise que l'organisation syndicale la plus étroite respecte jusqu'au scrupule les libertés dont chaque syndiqué a besoin, et n'en a limite qu'une : celle de mal faire contre la déontologie et la solidarité, c'est-à-dire contre la dignité professionnelle.

On ne trouve plus, chez le médecin rompu à la belle discipline syndicale, le moindre penchant à l'humiliante sollicitation, à l'intrigue, à l'accaparement, aux allures commerciales ; il ne dénigre pas ses confrères, celui-là, sous des phrases savamment calculées, sous des éloges faciles à retourner ; il va droit son chemin, sur son domaine, respectueux de celui des autres, tolérant à l'égard des infidéli-

tés du public, dont il n'accuse pas ses rivaux, et sachant se dire qu'on ne peut prétendre plaire à tout le monde et surtout pendant bien longtemps.

Ainsi s'explique qu'aujourd'hui ce soit un *honneur* d'être membre du Syndicat médical de la région. C'est le brevet de dignité, délivré par les pairs, par les seuls bons juges en matière si délicate : et il se trouve toujours que la partie saine du public, celle dont l'estime nous préoccupe avec raison, le confirme à bref délai.

Eh bien ! à cet honneur nous avons le devoir de prétendre. Il faut qu'on sache que chacun de nous lutte avec son Syndicat contre toutes les tendances sociales qui menacent notre rôle si digne ; qu'il ne veut pas pactiser avec les mœurs commerciales, qu'il tient la tête haute devant les potentats locaux, l'oppression des riches et des collectivités ; qu'il ne cédera pas un pouce de ses droits, de ses intérêts légitimes, parce que, dans les époques comme celles-ci, céder c'est ouvrir la porte aux plus désastreuses exigences.

Ne pas être au nombre de ceux qui défendent vaillamment le drapeau, par tous les moyens honorables et légaux, c'est s'assimiler au soldat qui déserte, pendant que ses frères sacrifient tout ce qu'ils ont de plus cher, temps, argent, avenir, santé. Et, s'il s'en trouvait qui aillent jusqu'à combattre contre la phalange désormais sacrée, que pourrait-on dire d'eux si ce n'est qu'ils trahissent ?

N'avais-je pas raison de dire, en commençant, que si l'adhésion au Syndicat fut longtemps un simple droit pour le médecin honorable, elle est devenue aujourd'hui un devoir absolu, inéluctable, si on ne veut pas être discuté ou suspect ?

Il fut convenu que la harangue présidentielle ci-dessus serait envoyée à tous les médecins de l'arrondissement en même temps que le projet de statuts, et que tous seraient invités à venir donner leur avis dans la discussion comme s'ils étaient tous syndiqués déjà. On donnait deux mois à chaque médecin pour se préparer à celle-ci.

Ce que fut l'assemblée générale du 31 octobre 1901, nous le demanderons à cet extrait du procès-verbal qui contient le texte des statuts et résolutions soumis aux votes.

Revision des statuts.

M. le Président. — Messieurs, nous arrivons maintenant à la partie la plus importante de notre tâche. A la séance du 10 janvier dernier, vous avez nommé une commission chargée de réviser nos statuts. Lorsque j'ai proposé le principe de cette révision, j'avais pour but de faire inscrire dans nos articles constitutionnels des pénalités suffisamment graves pour prévenir, en cas de besoin, certaines défaillances, certaines fautes déontologiques, certaines petites trahisons même, que nous ne devons pas, que nous ne pouvons pas tolérer au milieu de nous, si nous voulons rester unis et forts.

Certain litige soulevé entre quelques-uns de nous à Saint-Cloud, l'affaire de Bourgoin, dont vous avez pu lire et apprécier les résultats, nous ont tous définitivement décidés à agir dans ce sens.

Nous avons fait appel à toutes les lumières, à toutes les compétences : 1° les membres de la commission de la révision des statuts ; 2° d'autres confrères zélés qui sont venus s'adjoindre à nous pour travailler ; 3° le bureau du *Concours médical*, celui du *Sou médical*, qui ont été consultés ; 4° enfin Mᵉ Galineau et Mᵉ Simon qui nous ont singulièrement facilité notre tâche, et mis au point nos rédactions.

Munie de tous les documents nécessaires, la Commission s'est réunie une première fois, a discuté article par article, point par point, mot par mot, devrais-je dire, le premier projet de rédaction.

Ce projet modifié et amélioré va vous être soumis sur rapport de M. le Dʳ Poursain, d'Herblay, qui, au cours de la discussion à laquelle nous allons nous livrer, répondra aux questions et observations, et traduira dans tous les détails nécessaires la pensée de la Commission dont il s'est inspiré.

La parole est à M. le Dʳ Poursain.

M. le Dʳ Poursain :

Mes chers collègues,

Sans revenir sur les faits particuliers qui vous ont déterminé à décider la révision de nos statuts, je viens vous présenter l'ensemble des modifications que la commission a cru devoir y introduire, pour donner à ces conventions tout à la fois l'autorité légale nécessaire à leur application formelle, et, d'autre part, l'élasticité suffisante pour leur permettre de s'exercer, sans perdre de leur force, dans les différentes régions qui nous groupent et où les genres variés de clientèles, de collectivités, d'administrations, d'usages locaux, d'étendue, etc, etc., ne pouvaient s'accommoder, sans nuire aux intérêts de certains groupes de confrères, de mesures uniformes et absolues.

Dans la crise que traverse le Corps médical, et devant les exigences croissantes des collectivités dont le nombre s'augmente chaque jour, conformément à un grand phénomène dont l'avenir social n'est plus niable, notre devoir est de nous organiser plus étroitement encore et de neutraliser, par la force de notre propre association, l'exploitation dont nous sommes victimes en cette période de genèse d'un nouvel état économique qui tend à substituer, aux débats des intérêts individuels, les luttes des intérêts collectifs.

La discipline syndicale, seule, peut nous restituer tout ce que nous avons perdu jusqu'ici, par notre isolement individuel en face des Compagnies d'Assurances, des mutualités et des différents pouvoirs administratifs. C'est cette discipline que nous tentons de fortifier par ces nouveaux statuts : c'est par l'accomplissement strict et fidèle de nos obligations syndicales que nous réussirons à sauvegarder nos droits et à supprimer les abus dont nous souffrons.

C'est en raison de ces motifs que nous avons cru devoir ajouter aux sanctions primitivement établies des pénalités plus élevées et faciliter davantage nos recherches judiciaires, en cas de manquement grave à ces engagements professionnels. *Nous avons pensé de plus élever encore par ces modifications, le niveau moral du Syndicat, et estimé que tout confrère soucieux de sa dignité professionnelle n'hésitera pas, dans des conditions même sévères, à accepter des obligations auxquelles il sait ne devoir jamais manquer, alors que, par contre, un confrère indélicat, s'il en existait, ne se résoudra guère à prendre des engagements qui l'exposent à des poursuites graves pour ses manœuvres habituelles.*

Dans ces conditions, nous pensons faire du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles une véritable *élite* qui puisse user sans hésitation ni timidité, non seulement de sa force collective, mais encore et surtout, de son influence morale indéniable aujourd'hui comme dans l'avenir. (*Applaudissements.*)

Voici notre projet pour une constitution nouvelle. (*M. le Dʳ Poursain donne lecture du texte, en commente le sens et les termes, provoque les objections et y donne réponse avec la plus consciencieuse préoccupation de convaincre librement et de ne rien laisser dans l'ombre.*)

Après un échange général de vues d'abord, et ensuite une discussion serrée, à laquelle ont pris part MM. les docteurs de Fourmestreaux, Bourgeois, de Grissac, Lécuyer, Pluyaud, Bertillon, Rousseau, Rechner, et la plupart des membres présents, ainsi que le rapporteur et Mᵉ Simon, Conseil judiciaire, chacun des articles, rédigé ainsi qu'il va suivre, et ensuite l'ensemble des nouveaux statuts, ont été adoptés, *à l'unanimité* des 50 membres présents, qui ont immédiatement apposé leur signature sur le nouveau registre des délibérations, en conformité de l'article IV.

Ont été adoptées, également à l'unanimité, les résolutions qui feront suite aux statuts et qui résument les diverses délibérations d'ordre général antérieurement prises par le Syndicat, délibérations dont la violation entraînerait les pénalités édictées aux articles IX et XIV des statuts.

STATUTS.

Définition.— But.

ARTICLE Ier. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Des articles 1142 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué, entre les médecins qui auront adhéré *par signature* aux présents statuts, une Société syndicale dite : *Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.*

ARTICLE II. — Son siège social actuel est à Versailles, au domicile de M. le Dr de Fourmestreaux, 69, avenue de Saint-Cloud : il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

ARTICLE III. — Le Syndicat a pour objet :

A. — De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux, 2° avec les malades, 3° avec les collectivités diverses ;

B. — D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance, et de protection de la santé publique ;

C.— De poursuivre, par tous moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les assemblées générales de la Société ;

D. — D'assurer la défense des intérêts généraux des médecins de la région, sans porter atteinte à ceux des confrères des régions voisines ou de la famille médicale.

Admission.

ARTICLE IV. — Tout médecin muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France peut être admis dans le Syndicat à condition : 1° de se faire présenter par deux parrains *choisis parmi ses confrères syndiqués de la même localité ou des localités les plus voisines* ; 2° de déclarer, *par écrit*, qu'il a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du Syndicat sur les questions déjà étudiées par celui-ci, et qu'il les accepte ; 3° d'apposer sa signature sur un registre spécial.

Il sera statué sur sa demande par l'Assemblée générale qui suivra celle de la présentation de sa candidature et le procès-verbal de la séance sera signé par l'impétrant, par les membres du Bureau, ainsi que par les deux parrains.

Droits. — Devoirs. — Sanctions. — Démission.

ARTICLE V. — A partir de ce moment, le Syndiqué entre en possession des droits prévus à l'article VI et contracte les obligations prévues à l'article VII. La démission seule peut le priver des uns et le décharger des autres, *mais pour l'avenir seulement.*

En cas de démission, la cotisation de l'année entière est due au Syndicat.

ARTICLE VI. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

ARTICLE VII.— Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de coalition politique ou religieuse *établie en vue de la poursuite d'un intérêt professionnel,* etc., etc...

3° Concours *spontané* au cosyndiqué menacé ou lésé.

ARTICLE VIII. — *Pour certaines questions qui ne peuvent s'accommoder d'une formule d'application unique dans toute la zone du Syndicat, des propositions formulées après entente locale des confrères intéressés, seront soumises à l'Assemblée et ne pourront entrer en vigueur qu'après approbation de celle-ci.*

ARTICLE IX.— 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettres recommandées, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas ou ne fait pas valoir d'excuse admissible.

2° Toute pénalité appliquée par défaut sera susceptible d'opposition devant l'Assemblée générale dans les trois mois de la signification, soit par ministère d'huissier, soit par lettre recommandée.

3° Ces pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 fr. à 1000 fr., l'exclusion, qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le Syndiqué *une action judiciaire en dommages et intérêts,* dans le cas où l'amende ne suffirait pas à réparer le préjudice causé au Syndicat.

L'assemblée générale qui prononce les deux dernières pénalités, amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers des membres du Syndicat, et la pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

4° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui, sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le Syndicat ou son Bureau.

5° *La démission ne dégage pas le Syndiqué des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.*

Administration. — Fonctionnement.

ARTICLE X. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire, d'un Trésorier et des Syndics dont le nombre correspond à celui des divisions régionales reconnues nécessaires, à raison d'un Syndic par région. Bureau et Syndics sont élus pour trois ans, au bulletin secret, par l'Assemblée générale, à la majorité relative des membres présents. Ils sont rééligibles.

Le Président, ou un membre du Bureau désigné par lui, représente le Syndicat devant les administrations, les collectivités et les tribunaux.

Dans toutes les circonstances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir aux votes de pénalité, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre confrères, le Bureau, les Syndics et les anciens Présidents se constitueront en Conseil de famille, sur convocation d'office du président. Leur décision n'aura d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

En aucun cas, le vote par correspondance ou par procuration ne sera admis dans le fonctionnement du Syndicat.

Réunions.

ARTICLE XI. — Il y aura, chaque année, au moins deux réunions générales obligatoires. L'une d'elles sera suivie d'un banquet ; à l'autre auront lieu les élections et les versements des cotisations et amendes.

ARTICLE XII.— La cotisation annuelle est de 16 fr.,

entraînant le droit au banquet gratuit et au *Bulletin* contenant les comptes-rendus des réunions.

ARTICLE XIII. — Tout adhérent qui, ne pouvant assister aux séances obligatoires, s'excusera ou se fera excuser, ne sera tenu qu'à une amende de 1 fr. Cette amende sera de 5 fr. s'il n'a pas pris ces précautions.

Sont seuls dispensés d'amende, en dehors des cas légaux de force majeure, les cas de maladie ou d'accident graves du Sociétaire, de ses ascendants ou des membres de la famille dont il est le chef.

Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence à ces assemblées comporte une amende de 20 fr., sauf les cas de dispense prévus ci-dessus.

ARTICLE XIV. — Tout membre qui, après deux rappels recommandés du trésorier, n'aura pas payé ses cotisations ou amendes, sera passible d'une nouvelle amende fixée à 20 fr. Dans tous les cas, cette amende ne pourra être appliquée qu'après convocation devant le Bureau. Si le syndiqué ne se présente pas, il tombe sous l'application de l'article IX, sans être pour cela délié d'aucune des obligations statutaires qu'il aura contractées, lesquelles ne cessent, pour l'avenir seulement, que par la démission formelle, comme il est dit à l'article V, ou par l'exclusion.

ARTICLE XV. — Le procès-verbal de chaque séance, ou au moins un extrait du compte rendu, pourra être adressé, dans un délai convenable, après chaque réunion :

1° Au *Concours médical* et au *Bulletin des Syndicats médicaux* ;

2° Aux publications médicales qui soutiennent la cause des Syndicats ;

3° Aux administrations, collectivités ou particuliers qu'auront visés les délibérations. Il sera donné à ces communications la forme que le Syndicat croira la plus utile à ses intérêts et à ceux du corps médical tout entier.

Fonds social.

ARTICLE XVI. — Le fonds social est constitué par :

Les dons volontaires ;

Les cotisations annuelles ;

Le produit des amendes ou des indemnités judiciaires et autres ;

Toutes ressources qui pourront être légalement acquises en observation de la législation sur les syndicats professionnels.

L'emploi en sera fait sous la forme qui paraîtra utile aux intérêts des syndiqués ou au corps médical tout entier, sans autres préoccupations que de se conformer aux prescriptions légales.

ARTICLE XVII. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera partagé entre ses membres actuels, au prorata de la durée de la participation de chacun, ou employé à une œuvre désignée par la dernière assemblée générale.

Résolutions prises par le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles du 26 mai 1887 au 31 octobre 1901 et qui font loi comme les Statuts.

1° Assurés, mutualistes, indigents, étant libres de choisir leur médecin, il n'est pas digne de nous et il est contraire à notre pacte syndical d'accepter dans la région le monopole exclusif de ces clients, et surtout de les rechercher en les détournant des confrères.

2° Toute fonction de médecine publique ne sera acceptée à l'avenir, à l'exclusion des confrères, que si on l'a acquise par voie de concours ou par élection des confrères intéressés, ou avec leur assentiment.

3° Tout abaissement systématique des prix adoptés dans les ententes régionales est un manquement punissable à nos engagements syndicaux.

4° Il en est de même de tout détournement plus ou moins habilement déguisé des malades de nos confrères.

5° Il est considéré comme un manquement à la règle syndicale de nous servir de la publicité dans les journaux politiques à l'occasion de nos actes professionnels individuels, quels qu'ils soient.

L'assemblée décide, avant de lever la séance : 1° que procès-verbal et statuts nouveaux seront adressés par le bureau à tous les médecins de l'arrondissement, avec une lettre commentant les motifs de l'acte qui vient d'être accompli, et les invitant, de la façon la plus pressante, à s'inscrire sur le registre du Syndicat.

2° Que les statuts entreront en vigueur à l'assemblée d'avril, date du renouvellement du Bureau.

Ce procès-verbal fut envoyé à tous les médecins de l'arrondissement avec la lettre suivante dont certains termes étaient faits pour émouvoir sérieusement les dissidents, mais difficiles à supprimer si on voulait traduire la ferme intention de l'unanimité du Syndicat.

Chers confrères,

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles porte aujourd'hui fièrement dans notre région le drapeau de la solidarité et de la dignité professionnelles. Quinze ans de services rendus ont affirmé son utilité, garanti sa durée et développé sa bienfaisante action. Ces résultats ne sont plus discutés par personne, et on s'honore d'être dans nos rangs.

Mais noblesse oblige. Nous voulons fermement atteindre le but que se sont proposé les fondateurs : c'est-à-dire grouper, pour l'effort commun, *tous les confrères honorables*, de telle façon ; 1° qu'ils soient *tous* et *toujours* puissamment soutenus, 2° qu'on ne nous oppose plus comme une menace l'abstention ou l'isolement de tel ou tel estimable praticien ; 3° qu'il n'y ait plus, en un mot, hors de notre phalange, que des braconniers, des pêcheurs en eau trouble, des commerçants dévoyés dans la profession médicale, et incurables en des habitudes qui ne sauraient prétendre à trouver grâce devant notre caractère.

Or, une objection sérieuse et légitime a été faite à votre Bureau, quand il a tenté ce suprême effort près des derniers dissidents.

« Tant que vos statuts, nous disait chacun d'eux, seront aussi élastiques, aussi peu pourvus de sanctions, je ne serai pas des vôtres, quoique j'approuve votre campagne. Et pourquoi ? Parce que je ne veux pas, moi, scrupuleux observateur de la parole donnée, de l'engagement librement consenti, me trouver lié vis-à-vis de concurrents qui pourraient, *sans risques notables*, s'affranchir des obligations contractées à mon égard, et me frapper dans le dos sans que ma conscience me permette de leur répondre. Donnez-moi la sécurité, ou bien je reste chez moi. Je ne veux pas être exposé à des trahisons impunies ».

Ce langage, dans la bouche des très honorables confrères qui le tenaient, et cette défiance, fort naturelle pour des gens d'honneur, ont impressionné vivement le Syndicat. Il a été *unanime* à déclarer qu'il y fallait donner complète satisfaction, et il l'a fait, en adoptant, à l'assemblée générale d'octobre, toujours à l'*unanimité* des 50 membres présents, les statuts ci-joints dont le caractère rigoureux a été voulu et précisé par une étude de plusieurs mois.

Les conséquences de cet acte réfléchi ont été nettement prévues. C'est la porte ouverte à deux battants pour tous les confrères qui, sûrs d'eux-mêmes, entreront là avec des gens de même caractère : mais c'est aussi la porte ouverte, largement, pour la sortie de tout médecin qui se serait fourvoyé dans la maison sans abdiquer des habitudes qui n'y sont pas admises.

Il nous semble que ces derniers seront bien rares, parce qu'ils préféreront consolider une foi chancelante, en la traduisant par des actes, à la néces-

sité de se faire justice devant des collègues qui ne soupçonnaient pas le trouble de leur état d'âme. Et de même, il apparaît bien que l'admission dans le Syndicat devenant, désormais, *un indiscutable brevet d'honorabilité délivré par les pairs*, tous ceux qui s'en savent dignes viendront le rechercher, certains d'être reçus à bras ouverts, comme des gens qu'on attendait depuis longtemps, et pour l'arrivée desquels on a reconstruit la maison de fond en comble.

Ne deviendraient-ils pas suspects d'ailleurs si, dans ces conditions, ils manquaient au rendez-vous qui sera donné à tous les médecins de l'arrondissement pour l'Assemblée générale d'avril, et dans laquelle le registre d'honneur sera ouvert à toutes les signatures prévues par l'article 4 des nouveaux statuts ?

Nous nous promettons une belle journée, récompense de quinze ans de lutte pour la bonne cause.

Y aurait-il encore des abstentions plus ou moins diplomatiques ? Nous ne nous résignons pas à le croire.

Bien cordialement à vous.

(*Les membres du Bureau.*)

L'extrait suivant du procès-verbal de l'assemblée d'avril 1902 trouve ici sa place ; il continue le récit de l'évolution.

Nous le commençons aux dernières lignes d'un rapport très intéressant lu par le secrétaire, M. le Dr Mignon, et qui eût mérité d'être reproduit en entier, si la place nous l'eût permis.

Séance du 17 avril 1902.

Le Secrétaire. — Malheureusement, chers confrères, tout n'est pas dit, et il reste une ombre au tableau que je viens de vous faire. Certes, tous vos efforts ont été généralement couronnés de succès. Mais vous savez que dans la lutte quotidienne que le corps médical a à soutenir contre tous les exploiteurs et les ennemis de notre profession, l'arme de combat la plus efficace est l'entente absolue de tous, sans une défaillance, sans une défection.

Et je ne parle pas seulement de l'entente que nous rencontrons toujours dans nos réunions ; je veux parler de cette entente plus profonde et plus réelle qui persiste dans nos cœurs, même quand nous sommes séparés, quand nous sommes rentrés chacun dans notre coin, livrés à nos propres ressources. Il ne s'agit pas seulement de toujours voter comme un seul homme un ordre du jour de défense ou de combat : il faut surtout qu'à l'heure où sonne la bataille, quand chacun est à son poste, aucune défaillance, aucun point faible ne puisse se produire qui permette à l'ennemi de nous entraîner ; il faut que chacun de nous, quand il se trouve en lutte avec un adversaire, client, mutualité, compagnie d'assurance, collectivité quelconque, agisse comme s'il sentait braqués sur lui les yeux de tous ses camarades, l'encourageant dans la lutte, le foudroyant dans la trahison.

Si j'emploie de si grands mots, c'est que des faits qui les justifient se sont produits naguère dans plus d'une circonstance où nous n'aurions jamais dû en soupçonner l'existence ; c'est que, parmi nous, quelques-uns ont méconnu l'esprit syndical et ont cru que quand leur intérêt immédiat était en jeu, l'intérêt général ne comptait pas. Et il ne faut plus que de tels évènements se reproduisent, ou sinon, c'en est fait de notre prestige, de notre union, de notre force ; nous ne serions plus un Syndicat au sens véritable, au sens légal du mot.

Les évènements auxquels je fais allusion, d'autres encore, comme ceux de Bourgoin, ont décidé votre Bureau à frapper un grand coup.

Trouvant que l'ancien règlement qui nous régissait, malgré plusieurs améliorations, n'était plus en rapport avec les nécessités actuelles, s'autorisant d'ailleurs d'un précédent et des lumières d'hommes très compétents en la matière, tels que Mes Simon et Gatineau, il vous a préparé des statuts presque draconiens, il vous a proposé des sanctions, des amendes, des poursuites même ; il a été l'âme de la commission que vous aviez nommée à cet effet, et quand celle-ci, par la parole de M. le docteur Poursain, son rapporteur, est venue vous présenter les nouveaux articles statutaires, tous, mes chers confrères, sûrs désormais de ne jamais fléchir, de ne jamais avoir à tomber sous le coup des sévères pénalités qu'on vous proposait, à l'unanimité vous avez dit *oui*, nous donnant ainsi l'arme la plus solide, la plus efficace pour vous défendre contre tous vos ennemis du dehors, pour vous sauvegarder *contre vous-mêmes* !

Cet acte, mes chers confrères, marque une date dans l'histoire de notre Syndicat, et peut-être de tous les Syndicats médicaux. Le vôtre a mis quinze ans à grandir ; il fallait bien que sa majorité, si j'ose dire, fût marquée par une action d'éclat. Grâce à vous, le voilà un homme aujourd'hui ; une nouvelle vie s'ouvre pour lui ; et laissez-moi espérer que si son âge mûr ressemble à son enfance, il nous réservera de grandes choses. (*Applaudissements.*)

M. le Président adresse au nom du Syndicat tous ses remerciements à M le Secrétaire pour l'important travail qu'il vient de lire et donne ensuite la parole à M. le Trésorier pour la lecture de la situation financière du Syndicat.

M. le Trésorier,

Messieurs,

Voici l'état des recettes et des dépenses pour l'année 1901 :

Recettes.

En caisse le 25 avril 1901, avant la séance	1215 fr.	30
Reçu le 25 avril, cotisations et amendes	515	
Reçu le 31 octobre, cotisations et amendes	147	
Recouvré en janvier, février, mars et avril	316	69
Intérêts de la Financière médicale	15	73
Intérêts de la Caisse d'épargne	23	
Participation de l'Association générale à la couronne du Dr Perrey	32	
Total	2264	72

Dépenses :

Trois locations de salles	60 fr.	50 20
Banquet de Polssy	170	60
Cotisation à l'Union	109	
Couronne Puech	60	
Couronne Perrey	63	
Cotisation au projet de sanatorium de Versailles	100	
Banquet Marguery	370	20
Note de M. Daix	50	
Cotisations aux Dames Mauloises	50	
Note de M. Roger	20	65
Au secrétaire	6	10
Au trésorier	7	
Total	1073	25
Si du total des recettes	2264	72
On retranche les dépenses	1073	25
Il reste	1191	47
Actif	1191 fr.	47

L'actif est représenté par 5 actions Financière médicale	500 fr.	
Livret Caisse d'Epargne	643	26
En Caisse	48	21
Total égal	1191	47

Il reste dû par les Membres du Syndicat une somme de 9 fr.

Le Syndicat adresse ses plus chaleureux remerciements au Trésorier pour l'heureuse gestion des finances et constate avec plaisir que l'actif de 1902 se solde par une somme supérieure de 378 fr. 37 au

total de l'actif de 1899, époque où M. Calbet a été nommé trésorier.

M. le Président met ensuite aux voix l'admission des candidats présentés à la dernière assemblée générale. Personne ne soulevant d'objection, MM. le docteurs Danos, de Poissy; Ambrosini, de Poissy; Breitmann, de Montesson et Violette, de Maule, sont admis à l'unanimité.

M. le Président annonce ensuite les candidatures suivantes :

M. Glin, de Maule, présenté par MM. Pecker et Mignon.

M. Alardo, d'Epône, présenté par MM. Violette et Mignon.

M. Veuillot, de Bellevue, présenté par MM. Groussin et Darin.

M. Nouet, de Sartrouville, présenté par MM. Bertillon et Licke.

M. Larger fils, de Maisons-Laffite, présenté par MM. Bertillon et Pannetier.

M. Leter, de Sannois, présenté par MM. De Grissac et Rousseau.

A ce sujet, M. le Président rappelle que désormais et conformément aux nouveaux statuts, il est nécessaire que les membres du syndicat choisis comme parrains d'un nouveau membre soient les confrères syndiqués les plus voisins de ce candidat.

M. le Président rend ensuite compte des actes du Bureau pendant le semestre qui vient de s'écouler. Il rappelle : 1° qu'il a fait à la préfecture les démarches nécessaires pour faciliter l'application dans l'arrondissement de l'organisation de l'assistance maternelle à domicile ; 2° qu'il a pu, en documentant un des juges de paix de la région, faire obtenir satisfaction à un syndiqué qu'une compagnie d'assurances essayait d'intimider; 3° qu'il a essayé, par une démarche directe, d'empêcher un médecin de Paris de s'imposer comme chirurgien d'office dans les hôpitaux de Rueil et de Saint-Cloud, et qu'il a invité nos confrères de Saint Cloud à imiter ceux de Rueil qui refusèrent leur concours à l'intrus ; 4° qu'il a dû décliner une demande d'arbitrage dans un recouvrement d'honoraires parce qu'il n'était pas l'homme de la circonstance ; 5° qu'il poursuit avec MM. Camescasse et Groussin l'adoption par le conseil général du tarif d'assistance chirurgicale voté à diverses reprises par le syndicat.

Constitution des groupes régionaux : élection des syndics et du bureau.

M. le Président. — Messieurs, nos pouvoirs expirent, je vais donc vous demander de procéder à l'élection du nouveau Bureau. Mais je crois qu'il est préférable de commencer par désigner les groupes locaux qui doivent former les subdivisions de notre syndicat, et de nommer en même temps les syndics de chacun de ces groupes.

Après diverses observations de plusieurs membres, les groupes locaux sont constitués ainsi qu'il suit :

1er *Groupe* : Argenteuil, Bezons, Cormeilles, Sannois, Herblay, Franconville.
Syndic : M. Poursain (d'Herblay).

2e *Groupe*: Houilles, Conflans, Maisons, Sartrouville, Poissy, Orgeval, Andresy, Triel.
Syndic : M. Pluyaud (de Houilles).

3e *Groupe* : Le Vésinet, Montesson, Chatou, Croissy.
Syndic : M. Lécuyer (de Chatou).

4e *Groupe* : Rueil, Bougival, Marly, La-Celle-Saint-Cloud, Vaucresson, Louveciennes.
Syndic : M. Rigabert (de Marly le-Roi).

5e *Groupe* ; Vaux, Meulan, Les Mureaux, Bouafle, Epône, Maule.
Syndic : M. Héliot (de Meulan).

6e *Groupe* : Saint-Cloud, Ville-d'Avray, Sèvres, Meudon, Bellevue, Chaville, Viroflay, Garches.
Syndic : M. Groussin (de Bellevue).

7e *Groupe* : Jouy, Palaiseau, Orsay, Trappes, Villepreux, Bièvres, Versailles.
Syndic : M. Rist (de Versailles).

Le Bureau sortant est ensuite réélu tout entier à l'unanimité par acclamation.

Mais M. le Dr Calbet, sur sa vive insistance, est remplacé dans ses fonctions de trésorier par M. le Dr Bertillon (de Maisons-Laffite), non sans avoir eu à se défendre contre la manifestation de regrets de tous les syndiqués présents.

M. le docteur Jeanne reprend ensuite le fauteuil de la présidence, et donne immédiatement lecture d'un projet de Règlement intérieur des séances du syndicat, règlement qui a pour objet de : 1° rendre les séances plus fructueuses, en y évitant, par une bonne division du travail, toute perte de temps inutile ; 2° de préciser le fonctionnement du Conseil de famille ; 3° de définir l'attitude des syndiqués à l'égard des médecins qui ne le sont pas.

Ce Règlement intérieur serait annexé au prochain tirage des exemplaires des nouveaux statuts, et envoyé à tous les membres du syndicat pour être conservé... et observé.

Règlement intérieur du syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

TITRE 1er

Tenue des assemblées.

Article 1er — Les convocations sont adressées, pour les deux assemblées générales ordinaires, sous pli ouvert, quinze jours au moins avant la réunion.

Sont seules portées à l'ordre du jour et ne peuvent être mises en délibéré que :

1° Les questions indiquées par l'assemblée précédente ;

2° Celles déterminées par le Bureau ;

3° Celles qui, lui auront été soumises, avec tous développements nécessaires, avant la réunion ;

4° Celles qui ne remplissant pas les conditions ci-dessus, auraient un caractère d'urgence que le Bureau aura été mis à même d'apprécier avant d'en permettre le développement en séance.

Article II. — Pour les assemblées extraordinaires, l'ordre du jour est limité aux questions qui ont motivé la convocation.

Article III. — En entrant dans la salle des réunions, même au cours d'une séance commencée, chaque syndiqué doit venir trouver : 1° le secrétaire, afin de signer sur la feuille de présence et de s'inscrire sur la liste du banquet, s'il le désire ; 2° le trésorier pour acquitter ses cotisations ou amendes, et éviter ainsi les frais et perte de temps de recouvrement par la poste.

Article IV. — Toute interruption nuisant au développement méthodique et utile de la pensée de celui qui parle, il est de règle de s'en abstenir. Chacun doit se faire inscrire pour avoir la parole à son tour, et répondre alors avec la mesure qui convient dans des discussions qui sont purement d'intérêt général.

Article V. — Tout incident de séance qui prendrait un caractère d'attaque personnelle serait clos immédiatement par le président, après avis conforme du Bureau, et renvoyé d'office au Conseil de famille.

TITRE II.

Le conseil de famille. Son fonctionnement.

Article Ier — Dans le Conseil de famille composé et défini dans ses attributions, comme il est dit à l'article X, doivent être examinés, instruits, arbitrés ou jugés en premier ressort, tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

Article II. — Les plaintes sont portées, avec toutes preuves et documents précis, devant le président du Syndicat. Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires qui

ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

ARTICLE III. — Le président, si l'affaire mérite suite, charge aussitôt le syndic du groupe régional intéressé de procéder à une enquête, d'entendre les deux parties, si possible, et de lui adresser un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

ARTICLE IV. — Au reçu de cette pièce et des documents qui l'accompagnent, le président convoquera le Conseil de famille, et, pour être entendus devant celui-ci, les confrères en litige. La comparution de ceux-ci a lieu simultanément ou successivement suivant qu'il en est décidé au préalable par le Conseil. Seront convoqués également tous témoins indispensables, à la demande des deux parties adressée au syndic enquêteur.

ARTICLE V. — Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

ARTICLE VI. — Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article XIII des statuts. Rapport écrit y sera lu par un délégué du Conseil de famille ; les parties y seront entendues à nouveau, et les votes seront recueillis et appliqués aussitôt s'ils ont été émis dans des conditions prévues par l'article IX des statuts.

TITRE III

Nos frais de justice.

ARTICLE Ier. — Le trésorier tiendra un compte particulier en recettes des amendes de toute provenance qu'il aura encaissées.

ARTICLE II. — Sur ce compte seront prélevées les dépenses qui auraient été régulièrement effectuées pour le fonctionnement du Conseil de famille. Elles ne seront payées par le trésorier que sur bordereau signé du Bureau tout entier.

TITRE IV.

Réunions régionales.

ARTICLE Ier. — Pour la propagande de nos idées, pour affirmer aux yeux de tous, même du public et des profanes, l'existence et le rôle utile de notre Société, il pourra être tenu des assemblées régionales non obligatoires auxquelles seront convoqués tous les membres du Syndicat et invités les non-syndiqués de la région. Toute latitude est laissée au Bureau pour provoquer ces réunions et en fixer l'ordre du jour.

ARTICLE II. — Dans chacun des groupes qui sont ou qui seront créés, le Syndicat pourra spontanément, sur la demande des syndiqués, organiser des réunions régionales partielles où seront préparées les solutions des questions locales.

Les vœux émis dans ces réunions seront transmis au président pour être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale, approbation qui *seule* leur donnera force de règlement et d'engagement susceptibles de sanction.

La location de la salle pour ces réunions sera portée au compte de la Caisse du Syndicat, ainsi que les frais de convocation déboursés par le Syndic.

TITRE V.

Rapports avec les médecins non syndiqués

ARTICLE Ier. — Toute installation d'un nouveau confrère dans la zone du syndicat sera signalée au secrétaire par le syndiqué le plus voisin qui suggèrera en même temps les meilleurs moyens de l'amener dans nos rangs. Le syndic de la région recevra alors mandat de visiter le nouveau venu, en suivant les indications qui auront été fournies ; il s'efforcera de lui démontrer les services que nous pouvons lui rendre et de lui indiquer les fautes à éviter.

Jusqu'à ce qu'il se soit prononcé nettement pour ou contre l'entrée dans le syndicat, et tant que, sciemment, il n'aura pas fait acte de concurrence hostile, le nouveau confrère sera traité par ses rivaux avec les mêmes égards que s'il était syndiqué.

ARTICLE II. — La même attitude qu'au 2e paragraphe de l'article ci-dessus sera par nous adoptée envers tout médecin qui, resté en dehors du syndicat, sera d'une absolue correction dans la conduite professionnelle. Mais on devra, de plus, rechercher son concours, son adhésion dans toute campagne d'intérêt général, et s'efforcer de l'amener parmi nous.

ARTICLE III. — Avec tout médecin qui, installé depuis deux mois, n'aura pas visité des confrères voisins, aura refusé en pleine connaissance de cause, à notre délégué, d'entrer dans le syndicat et pratiquera la concurrence au lieu de la solidarité, les syndiqués réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun de nous ne devra accepter d'être son aide, son consultant, ou son collaborateur *d'une façon habituelle*. On indiquera, quand on cédera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade qu'il est répondu et, dans la collaboration exceptionnelle qu'il nous faudra subir, nous bornerons notre attitude à l'absolue correction déontologique.

De plus, contre le médecin mauvais confrère dont il est ici question, le syndiqué pourra être délié par un vote de l'assemblée générale, de tous les égards et de toutes les obligations que nous observons envers ceux qui font passer la dignité professionnelle avant la concurrence commerciale.

ARTICLE IV. — La dérogation à une prescription des 3 articles précédents est un cas à soumettre au Conseil de famille, afin qu'il y soit mis un terme ou qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'article IX des Statuts.

TITRE VI.

Procès-verbaux.

ARTICLE Ier. — Les procès-verbaux étant publiés avant l'Assemblée générale, ils seront soumis à l'approbation sans qu'il en soit donné nouvelle lecture.

ARTICLE II. — Ils seront envoyés à chacun des médecins de l'arrondissement, au *Concours médical*, à l'*Union des Syndicats*, aux Syndicats qui en feront la demande, et, quand le Bureau jugera utile, à la Préfecture, à telle ou telle administration ou collectivité, à tel ou tel particulier..

ARTICLE III. — Des extraits de ces procès-verbaux, accompagnés ou non de commentaires, pourront être adressés par le Bureau, après approbation de l'Assemblée générale, aux journaux politiques parisiens ou locaux, à condition que ces communications soient dépourvues de tout caractère personnel et revêtent bien uniquement l'allure d'information générale.

ARTICLE IV. — Les procès-verbaux pourront publier à la fin de chaque année : 1° la liste de tous les médecins exerçant dans la zone du Syndicat ; 2° la liste de ceux qui sont syndiqués.

Sonmis au vote article par article, titre par titre et enfin, dans son ensemble, le règlement intérieur est adopté à l'unanimité.

Questions diverses.

M. le Dr LÉCUYER. — A propos de l'incident : « Hôpitaux de Rueil et de Saint-Cloud » dans lequel notre président a défendu activement la cause des non-syndiqués, je constate avec regret que les trois excellents confrères de Rueil ne sont pas dans nos rangs. Ne pensez-vous pas qu'une réunion locale de propagande organisée dans la première quinzaine de juin à Chatou nous permettrait d'amener dans le 3e groupe tous ceux que nous souhaitons depuis si longtemps de compter parmi nous ? (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — A la bonne heure ! Finissons toujours notre journée par une bonne pensée à l'egard des absents.

Je vous propose, chers amis, d'adopter l'idée de Lécuyer et de lui donner mandat d'organiser cette réunion d'accord avec le Bureau. Nous inviterions les confrères dont il nous donnera les noms, et vous trouveriez au procès-verbal la convocation qui s'adresse à chacun de vous. (*Adopté à l'unanimité.*)

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à six heures et demie.

Le Président — Dr JEANNE. *Le Secrétaire*, Dr MIGNON.

Et elle a eu lieu, 19 juin 1902, cette réunion fraternelle, sous les frais ombrages de l'île de Chatou.

Tous les invités ont répondu à l'appel. Quoique en petit comité (simple séance d'un groupe local) il a été rassemblé 22 médecins, désormais camarades, autour d'une coquette table. Et nous avons fait sur les registres cette constatation bien douce que, partis 52 à la bataille, nous revenons au nombre de 66.... et de 66 qui ne se lâcheront jamais, avec raison du reste, car le Bureau aurait, au besoin, la confraternité féroce envers les délinquants.

Mais demain, dira-t-on ? — Demain, qui sera dans deux ou trois ans, si on le veut, le Syndicat comptera dans ses rangs tous les médecins qu'il aura désirés.

Les dissidents, s'il en reste, seront impuissants à nuire, et comme il ne sera jamais demandé que des choses possibles et raisonnables, le Syndicat pourra tout oser.

L'Union des Syndicats et l'évolution qui se prépare.

Nous avons gardé pour la fin de ce numéro, tout entier consacré à un exposé documentaire, l'appréciation de nos amis de l'*Union des Syndicats* qui ont suivi les diverses phases de cette campagne, et en ont connu et encouragé les efforts. Les deux articles suivants que nous reproduisons pour ceux qui ne les auraient pas lus au *Bulletin de l'Union*, édifieront complètement à ce sujet.

La bonne parole.

Dans notre profession, il y a des bons et des moins bons, des adroits et des faibles, des riches et des gueux. Il y a des esprits généreux ouverts aux conceptions générales ; mais il y a malheureusement aussi beaucoup de cœurs sans vaillance.

L'action syndicale prospère lentement chez nous, car elle est entravée constamment par des confrères d'un autre temps qui, sous prétexte que le mot « Syndicat » est trop démocratique et sent le peuple, ou bien que l'adhésion au Syndicat peut entraver leur liberté, déblatèrent en petit comité contre les efforts généreux que font les hommes dévoués pour défendre les droits et maintenir la dignité de la profession.

Il faut se défier de ces confrères qui craignent le joug syndical. Leur amour de l'indépendance ne dissimule bien souvent qu'une crainte justifiée de la lumière. Ils ont peur de la justice de leurs pairs et se disent que du jour où ils auront adhéré à la discipline syndicale, ce pourrait bien en être fini de leurs petites malpropretés professionnelles.

Ceux-là sont, je le sais, en petit nombre ; mais il faut les démasquer en toute occasion, car leur dénigrement tortueux entraîne facilement le grand troupeau des faibles, des timides, des indécis, des isolés, des mous qui n'osent se mettre du Syndicat ou qui ne se décident pas à en fonder un, car il leur faudrait, à cette occasion, donner de leur personne, sortir de leur torpeur, y aller un peu de cette énergie française que l'on vante tellement chez nous et que l'on pratique si peu.

Il ne faut pas craindre, quand on est vraiment un confrère dévoué, un médecin aimant son métier, un adepte véritable de l'action syndicale, de se mettre en avant et d'y aller de sa petite allocution à l'occasion. Aux mauvais confrères, aux débineurs intéressés, aussi bien qu'aux moutons bêlants, il faut tenir tête, et par le verbe et par la plume démontrer que les associations pures et simples ont fait leur temps, que des lois et des contrats nouveaux régissent à présent la société et que le Syndicat est définitivement l'arme légale, utile et nécessaire que toute corporation, soit-elle composée de gens en redingote ou d'hommes en blouse, doit se forger et tenir solidement dans la main, si elle veut se maintenir et résister aux exigences des corporations ou des groupements voisins.

C'est là la bonne parole qu'il faut semer aux quatre coins de l'horizon médical.

C'est ce qu'a bien compris notre confrère BILLON de Dôle (Jura), qui doit être un jeune, un ardent, qui a du sang dans les veines et de l'encre dans son écritoire.

Ayant entendu, au Congrès de Franche-Comté, en août dernier, plusieurs confrères s'écrier : « *A quoi servent les Syndicats médicaux ? A rien !* ». il a relevé l'injustice de cette parole et, prenant sa bonne plume, il a rédigé une petite brochure qui, sans sortir du ton courtois d'une polémique locale, peut cependant être considérée comme une méditation à proposer à tous les médecins non syndiqués de France (1).

La place me manque pour citer longuement la brochure du confrère ; je ne ferai qu'en extraire quelques passages.

Après avoir montré les exigences des Sociétés de secours mutuels, les tarifs ridicules de certains départements pour l'Assistance médicale, la rouerie hypocrite de ces Compagnies d'assurances « écrivant à chacun de nous comme à l'élu de leur cœur, pour obtenir un bon petit traité pas cher et nous passant la main droite dans les cheveux, tandis que de la gauche, ils nous font notre portemonnaie », après avoir flétri comme il convient « ces struggleforlifeurs, arrivistes sans scrupules qui, dédaigneux de nos traditions d'honneur et de dignité, ont commercialisé la médecine et fait la chasse aux clients et aux prébendes par les moyens les moins avouables », M. Billon aborde une à une les objections que l'on fait à l'existence ou à l'action des Syndicats médicaux. Il répond à toutes avec des arguments typiques.

Je cite : « Vous nous objectez : — Pas besoin de créer un Syndicat, il ferait double emploi avec l'Association départementale. Rien dans la loi n'interdit à l'Association de fonctionner comme Syndicat. A la rigueur, qui nous empêcherait de constituer au sein de l'Association une Chambre syndicale qui aurait pour mission de veiller à nos intérêts professionnels ? De cette façon on aurait la chose sans avoir le mot, l'horrible mot du Syndicat, dynamitard et prolétarien. — Je m'inscris carrément en adversaire de cette opinion. Eh ! parbleu, nous le savons bien que le mot de Syndicat évoque des idées de combativité, de résistance, d'assauts ! Mais c'est justement pour cela que nous le voulons et qu'il ne saurait être remplacé par le titre d'Association. L'Association confraternelle (le mot l'indique) c'est la bienfaisance, la charité, l'assistance entre confrères : le Syndicat, c'est la coalition des énergies, des forces armées contre les empiétements du dehors. L'Association, c'est l'Hôtel des Invalides ; le Syndicat, c'est l'Ecole militaire. Loin d'être rivales, ces deux fondations sont connexes, presque mitoyennes. »

M. Billon aurait pu insister sur la différence légale. La loi est loin d'accorder aux associations les mêmes droits qu'aux Syndicats professionnels.

(1) *A quoi servent les Syndicats médicaux* » par le Dr BILLON. *Rev. Méd. de la Franche-Comté*, janvier 1902.

Plus loin, l'*auteur* parle de l'activité du Syndicat du Jura, et des résultats qui furent obtenus. Ces résultats ne sont pas minces, bien que le Syndicat ne date que de 1897 : Etablissement du tarif minimum d'honoraires, vote d'un tarif spécial aux accidents du travail, procès aux Compagnies, établissement du système à la visite pour l'Assistance médicale, égalité de tous les médecins pour les services de la vaccination et des enfants du premier âge, répression de l'exercice illégal, abolition des monopoles, etc. ; tout cela prouve que le Syndicat du Jura est dirigé par des hommes actifs et intelligents. Ils n'ont pas ménagé leur peine et le confrère Chevrot, qui en est encore le Président, peut se féliciter du bien qu'il a fait à la corporation médicale jurassienne, le jour où il a fondé l'institution.

Il est probable qu'au début, cela n'a pas été sans peine, il a dû trouver des détracteurs, il a dû dépenser beaucoup de temps et de patience, mais qu'elle satisfaction n'a-t-il pas le droit d'en ressentir à l'heure actuelle ! La brochure de M. Billon n'est-elle pas la plus belle glorification de son œuvre et de celle de ses collègues ?

Et voyez par comparaison quel bien peut faire un Syndicat ; le Doubs, département voisin, n'en a pas. Et tandis que dans le premier l'exercice de la médecine a conquis presque tous les avantages qu'il a sollicités, dans le second, on en est encore à l'ancien régime, les médecins des hôpitaux n'ont pas droit aux honoraires pour les accidents du travail traités dans leurs services, les praticiens sont encore asservis aux tarifs honteux des Compagnies d'assurances, les services publics sont aux mains d'un petit nombre de favoris du préfet ; alors que dans le Jura, tous les médecins participent au service de l'Assistance médicale et sont rémunérés à la visite, dans le Doubs, l'Assistance médicale est attribuée à un certain nombre de médecins privilégiés à l'exclusion des autres (1) !

Voilà la plus belle réponse que l'on puisse faire aux détracteurs des Syndicats. Qu'ils soient placés en haut et en bas de l'échelle médicale, qu'ils soient timides ou qu'ils soient roublards, rien ne reste de leurs allégations tendancieuses. Les faits parlent. Et qu'ils se disent bien, ces sceptiques, que le bien qui doit provenir de l'initiative syndicale serait déjà dix fois plus considérable si, par leur inertie coupable ou par leurs dénigrements intéressés, ils ne paralysaient nos efforts. Que faire lorsque sur cent médecins d'un département, il y en a la moitié, quelquefois plus, qui, ancrés à leur routine ou bêtement défiants, ne veulent pas tenter l'épreuve, aborder de front les obstacles ? Que dire quand on voit des Syndicats où les inimitiés de personnes priment l'intérêt général et s'opposent à une action commune !

Le quart du chemin n'est pas encore parcouru, mais patience. Les travaux semblables à celui de M. Billon ne sont pas des prédications dans le désert. Voilà la bonne parole qu'il faut jeter et répéter sans se lasser. Tous les adhérents aux Syndicats sont solidaires, et tant que la totalité des médecins français ne sera pas réunie sous l'égide syndicale, nulle parole de propagande ne sera inutile.

R. Millon,
Secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats.

La sanction nécessaire.

A la dernière séance du Conseil d'administration de l'Union, notre collègue Jeanne nous a apporté une bonne nouvelle. On venait de lui télégraphier que la Cour d'appel de Grenoble, par un jugement daté du 7 mai dernier, avait confirmé le jugement du Tribunal civil de Bourgoin.

C'est un gros événement pour le monde médical.

Pour les confrères qui pourraient l'avoir oublié, rappelons les origines de l'affaire.

Les médecins de la ville de Bourgoin (Isère), las de se sentir exploités par les différentes collectivités qui vivaient sur leur dos, las surtout des tarifs scandaleux que leur imposaient les Compagnies d'assurances-accidents, avaient décidé de regimber et de dénoncer leurs traités pour ne plus accepter que les tarifs, très modérés d'ailleurs, de La Participation. Quand tout le monde fut d'accord, l'entente entre tous les praticiens de la ville fut rédigée sous la forme d'un engagement écrit que tous signèrent.

Le corps médical de la petite ville, réuni en un Syndicat, se croyait donc fort et attendait de pied ferme les offres des intéressés, lorsqu'il lui vint aux oreilles qu'un de ses membres, au mépris des engagements pris, avait, en secret, pactisé avec les Compagnies et accueillait en cachette tous les traités rabaisiens que celles-ci lui offraient. Traître à la parole jurée, il roulait et dupait ses confrères et, bien que ridicules, monopolisait entre ses mains tous les honoraires produits par les accidents du travail.

L'accord était rompu. Dans le Syndicat de Bourgoin s'était glissé un faux frère et celui-ci faisait le jeu des Compagnies sur le dos des collègues avec lesquels il avait pactisé.

Les médecins résolurent non seulement de cracher à la face de leur indigne collègue leur mépris, mais encore de l'attaquer dans ce qu'il paraissait avoir de plus sacré au monde, son porte-monnaie. Ils lui intentèrent un procès au civil et lui réclamèrent des dommages et intérêts.

Or, voyez l'intérêt que présentait une telle action. La cause était neuve. En principe, il ne paraissait pas douteux que, le dommage étant réel, le Tribunal ne donnât gain de cause aux demandeurs. Mais en matière judiciaire, il faut se méfier. Il y a quelquefois très loin du principe à la mise en pratique et pour ce qui concerne surtout l'application de la loi du 21 mars 1884 sur les Associations syndicales, la jurisprudence peut avoir des interprétations inattendues.

Le Syndicat de Bourgoin ne pouvait cependant pas reculer. S'il n'obtenait pas gain de cause, la cause syndicale recevait une mortelle atteinte. Toute sanction était abolie. Le lien qui unit les syndiqués entre eux n'était plus qu'une vague obligation morale, tout mauvais confrère pouvait, non seulement se détacher du groupe à l'heure qui lui plaisait, mais encore au même moment qu'il liait partie avec ses collègues et s'engageait avec eux, il pouvait en arrière d'eux faire tout le contraire de ce qu'il avait promis. Le Syndicat alors n'était qu'une illusion, mieux même, une duperie où les gens de conscience qui ont le respect de la foi jurée auraient été à la merci des collègues peu scrupuleux et malhonnêtes.

Il était donc nécessaire que le Syndicat de Bourgoin marchât. Il ne faillit pas à son devoir et, par arrêt du 21 juin 1901, il obtenait gain de cause sur toute la ligne.

Les considérants du jugement sont fort importants. Ils reconnaissent, ce que personne ne songe à contester, que pour tout membre du Syndicat la démission peut être donnée même à contretemps, de mauvaise foi et en vue de se soustraire à des engagements formels ; mais ils affirment, par contre, que tant que le syndiqué reste dans les liens du Syndicat, il doit respecter les engagements pris et observer les décisions du Syndicat. En cas de contravention, les règles générales du Code civil sont applicables et, par suite, le syndiqué est exposé à l'action en dommages et intérêts. Plus loin, ce même jugement reconnaît que la mise à l'index d'un membre exclu d'un Syndicat et la résolution de cesser avec lui tous rapports, sont choses licites.

On voit donc par conséquent combien l'action de nos confrères de Bourgoin était opportune et combien il fallait les féliciter de leur initiative. Grâce à eux, le monde médical possédait la sanction nécessaire à toute action commune ; c'était une jurispru-

(1) N. D. L. R. — Ceci était vrai il y a un an, mais, dans le Doubs, cela va changer aussi.

dence établie qui corroborait les prétentions des médecins désireux d'une solide entente confraternelle.

Aussi, était-il d'une importance capitale de voir cette jurisprudence admise par la Cour d'appel. Le monsieur condamné au civil ayant eu l'imprudence de faire appel, le Syndicat de Bourgoin n'hésita pas à le suivre sur ce terrain. Il était accompagné d'ailleurs, non seulement par les vœux, mais encore par les encouragements de tous les confrères vraiment dignes de représenter la profession médicale. L'*Union*, auprès de qui il avait demandé conseil, l'avait encouragé de toutes ses forces, le *Sou Médical* lui avait ouvert sa caisse et avait envoyé défendre ses droits par son meilleur avocat. Tout le monde médical avait les yeux tournés de ce côté et escomptait le succès.

Ce succès ne s'est pas fait attendre. La Cour de Grenoble a confirmé.

Dès à présent, la chose est absolument acquise. L'entente syndicale n'est ni un leurre ni un trompe-l'œil, elle possède dès maintenant sa sanction nécessaire.

Ce sera une nouvelle raison de nous serrer les coudes et de former de plus en plus un bloc intangible et qui ne pourra se désagréger.

R. Millon.

CONCLUSIONS

Comment doit naître et vivre un syndicat médical ?

A cette question que nous posons en titre final, il est aujourd'hui possible de répondre, au nom de l'expérience, d'une façon formelle.

Nous manquerions donc à notre devoir si nous n'exposions pas, en manière de conclusions à tout ce qui précède, ce qui est acquis, démontré, indiscuté, sur ce point capital, et si nous ne formulions pas en quelques lignes les conseils que doivent au moins écouter ceux qui se préoccupent de la défense de nos intérêts professionnels.

La création d'un syndicat. — L'initiative doit être prise par trois ou quatre confrères qui, connaissant bien les questions de défense, lecteurs assidus des journaux qui s'en occupent sans cesse, se savent capables d'incliner toujours de mesquins intérêts personnels devant un intérêt général qui, le jour où il sera satisfait, compensera le sacrifice passager fait par quelques individus. Si ces quatre confrères exercent côte à côte, le syndicat est fait d'avance, même à la barbe d'un dissident ou d'un indifférent. On vote des statuts comme ceux de Versailles, on choisit un président et un secrétaire, on accomplit la formalité du dépôt, on série les questions générales à résoudre successivement et... on part, fût-on seulement quatre, pourvu que l'esprit de discipline et de solidarité soit absolu.

Deux points sont particulièrement importants à signaler en ce moment :

1° Il faut que toutes considérations personnelles d'âge, de fortune, de decorum, etc..., soient mises de côté dans le choix du bureau. Aux plus compétents, aux plus actifs, aux mieux doués en matière de tact, d'ingéniosité dans la conciliation, d'altruisme, reviennent les rôles de président et de secrétaire, qui doivent être considérés comme des charges bien plus que comme des honneurs, et qui créent un supplément de devoirs sans compensation.

2° La présence aux réunions et l'obéissance scrupuleuse à l'esprit des règlements sont de la plus impérieuse nécessité : il faut se défier des sociétaires qui restent chez eux et de ceux qui ont toujours, pour leur usage, une interprétation des textes à proposer.

D'où : nécessité des amendes pour absence, et abstention de l'action isolée, hors l'avis du syndicat, dans des cas mal précisés ou imprévus.

La vie d'un syndicat. — Plus encore que dans toute autre groupement, faire vivre un syndicat, c'est le faire *grandir sans cesse* en nombre, en influence, en discipline et en cohésion.

Quand on est parti sur de bons statuts, quand on a mis dans le Bureau les confrères qui ont le plus des qualités indiquées tout à l'heure, il ne reste pour atteindre le but, qu'à réaliser ceci : « *Saisir toutes occasions de faire rendre des services, par le groupement, à tous les syndiqués... et à tous ceux qui ne le sont pas, quoique n'en étant pas manifestement indignes.* »

L'avenir d'un syndicat est assuré :

1° Quand le bureau est assailli de demandes d'interventions émanant des médecins de la région ;

2° Quand toutes ces demandes sont sûres d'obtenir satisfaction aussi grande que possible ;

3° Quand les associés ont perdu toute envie de se faire justice, par eux-mêmes, dans le cas où ils se croient lésés.

Mais il faut viser encore plus loin, plus haut. Pour que le syndicat résiste, au besoin, à certaines crises passagères (grave échec devant une administration, inertie d'un Bureau mal composé, etc...), il faut que chacun des adhérents *l'aime* comme étant sa chose, sa famille. Réunions fréquentes ; banquets obligatoires ; lutte constante pour la propagande ; suppression des monopoles par voie d'extinction ; admission des jeunes, dès leur arrivée ou à peu près, aux services publics rétribués ou honorifiques ; esprit d'égalité et de fraternité réelles dans les réunions pourtant organisées avec ordre et méthode ; division du travail qui amène chacun à fournir son contingent d'efforts et une collaboration qui l'attache à l'œuvre commune ; tels sont les procédés au moyen desquels le syndicat arrive à se faire *aimer*, tout en jouant le rôle difficile de justicier.

Et cela ne suffit pas encore. Car, autour de lui, à côté ou à grande distance, il y a des organisations similaires qui vivent dans les mêmes préoccupations et les mêmes luttes.

Comment rendre celles-ci plus fructueuses, si ce n'est par des accords, des ententes, des alliances permanentes, une fédération véritable faite de toutes les forces agrégées et ainsi opposables efficacement à des empiètements généraux des plus puissantes collectivités ? Voit-on, par exemple, le syndicat isolé d'un arrondissement, d'un département, obtenant à lui seul la modification d'un texte de loi ? Il en bénéficiera pourtant, quand la fédération dont nous parlons l'aura obtenue.

Soutiendra-t-il avec ses seules ressources cette succession de procès onéreux après laquelle disparaît, sous une jurisprudence nouvelle, un grave préjudice judiciaire porté à toute la profession médicale ? Il n'y peut même pas songer.

Eh bien ! supposons que chaque syndicat, réorganisé sous le régime que nous préconisons, réclame à ses membres une cotisation de 30 fr. se décomposant ainsi :

Pour le syndicat lui-même (frais de banquet compris)........................	10 fr.
Pour cotisation à l'Union des syndicats.	2 fr.
Pour la cotisation au *Sou médical*......	18 fr.

N'aperçoit-on pas de suite quels services considérables les syndicats ainsi trempés et groupés seraient appelés à rendre sur le terrain qui est bien le leur, la défense vigoureuse, incessante de nos intérêts à tous ?

Nous savons, comme tous nos confrères, la valeur de l'argent. Or, nous ne craignons pas d'affirmer ici, *avec les 800 membres du Sou médical actuel*, que, quand il s'agit de s'assurer contre tous les risques professionnels, de se faire des protecteurs et des amis partout, verser une prime de 30 fr., c'est faire mieux qu'un placement de père de famille, c'est spéculer à coup sûr.

Et nous concluons carrément de cette longue étude :

L'avenir des syndicats n'est que là, à ce prix, suivant cette méthode ; et cet avenir, c'est demain si nous le VOULONS.

LE CONSEIL DE DIRECTION DU CONCOURS MÉDICAL.

La Souscription pour les victimes médicales de la catastrophe de la Martinique.

5e Liste

MM. les docteurs :

Robin, de Béville-le-Comte.....	5 francs
Colombet, de Miramont........	5 »
Lombard, de Terrasson.......	3 »
Cassan, de Nîmes............	10 »
Syndicat médical de Lille......	50 »
De Champeaux, de Lorient.....	5 »
Pessez, de Chtâel-Guyon.......	5 »
Poueydebat, d'Aramits........	5 »
Ribard, de Meudon...	5 »
Bourdon, d'Etrépagny.........	5 »
Association médicale du Gers.	50 »
Total........................	148 »
Report des listes antérieures..	1053 »
Total général................	1201 »

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et hôpitaux.

Un cours pratique de diagnostic médical aura lieu, pendant la période de vacances, au laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales, sous la direction de M. le professeur Bouchard.

Les conférences commenceront le 20 juillet 1902 et auront lieu tous les jours à 1 h. 1/2 excepté les dimanches et jeudis. Elles auront pour objet les sujets suivants : séméiologie urinaire dans les différentes maladies ; l'examen physique et chimique des urines, l'hématologie et le cytodiagnostic, la bactériologie dans ses applications à la clinique.

M. Remy, agrégé, commencera une nouvelle série de six conférences sur les applications médicales de la loi française sur les accidents du travail, le vendredi 27 juin à 8 h. 1/2 du soir à l'amphithéâtre Cruveilhier, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

A la suite d'un meeting, tenu à la salle de la Société de Géographie, des étudiants en médecine ont décidé la fondation d'une association corporative dans le but d'établir entre ses membres des liens de solidarité, de rechercher et de mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession.

Une commission de 20 membres, dont la présidence a été attribuée à M. Wicart, interne, a été chargée d'élaborer les statuts ; elle rendra compte de son mandat dans une réunion générale qui aura lieu prochainement.

Les adhésions sont reçues provisoirement, 85, boulevard Saint-Michel.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4825. — M. le docteur GAILLARDON, de Belleville (Rhône), membre de l'Association des médecins du Rhône.

N° 4826. — M. le docteur MORICHAU-BEAUCHANT, de Chatellerault (Vienne), présenté par M. le docteur Drumez de Chatellerault et membre du Syndicat médical de la Vienne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs BOURGUIGNON, d'Ambonnay (Marne), et BARRÉ, de Paris, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 27 5 JUILLET 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'oreille de la justice.

Elle était un peu dure d'oreille,
Mais elle avait l'esprit subtil (*bis*).

Nous avons beau nous dire et nous redire que, désormais, nous ne nous étonnerons plus de rien, nos relations avec dame Justice viennent toujours nous apporter de l'imprévu et nous fournir matière à réflexions déconcertantes. C'est qu'on en voit tout de même de roides !

Savourez, chers confrères, ces deux histoires.

La première se passe dans un département du Centre.

Un curé s'avise un jour qu'il est doué d'aptitudes thérapeutiques spéciales : il soigne de préférence les femmes, il possède le moyen de les rajeunir ! Son évêque, trouvant que le scandale dépasse les bornes, l'interdit. Qu'à cela ne tienne, il abandonne la soutane pour continuer ses exercices, et, comme la province ne saurait suffire à son génie, il s'installe à Paris sans négliger pourtant le théâtre de ses premiers exploits, où il revient périodiquement consulter.

Les médecins de la région s'émeuvent, ils déposent des plaintes — vainement. Ils s'adressent en haut lieu, mais les démarches nouvelles n'obtiennent pas plus de succès. M. le doyen Brouardel s'en mêle — la justice ne marche pas davantage.

Il y a un veto d'ordre supérieur, on n'informera pas. Quel peut bien être le haut protecteur d'un si saint et digne homme ? — Mystère.

Voilà des années que cela dure et je ne vois pas de raison, pour que cela ne continue pas longtemps encore.

— Passons maintenant en Algérie.

On amène un jour à l'hôpital de B. un alcoolique atteint d'arthrite fongueuse du genou : le chirurgien lui propose la résection de l'articulation, il refuse. Espérant vaincre son entêtement, ce chirurgien le conserve quelques jours à l'hôpital, mais, comme il trouble les autres malades, il le place dans une petite salle spéciale ; peine perdue, l'alcoolique ne veut rien entendre, si bien qu'on est forcé de lui donner son exeat, sans avoir rien fait absolument.

Ultérieurement, notre alcoolique entre à l'hôpital *dans une autre ville*, où on le soigne et où il guérit, comme on peut guérir, en pareil cas, c'est-à-dire avec une ankylose.

Mais alors, il s'avise de se retourner contre le chirurgien de B.; il l'accuse de l'avoir endormi de force, de l'avoir opéré malgré lui et de l'avoir estropié ; il lui réclame la modeste somme de 25.000 francs de dommages-intérêts. Comme il n'a pas le premier sou, il réclame pour plaider l'assistance judiciaire, qui lui est refusée.

Il ne se rebute pas pour si peu; il trouve moyen de s'adresser à un autre tribunal, et là, sans enquête aucune, sans que le chirurgien incriminé soit entendu, on lui accorde l'assistance judiciaire.

Et notre confrère, obligé de se défendre en justice, est contraint à de multiples déplacements; il doit constituer avoué et avocat, et, du fait d'un ivrogne, qui soutient une thèse matériellement fausse, il dépense une somme assez ronde. Il obtient naturellement gain de cause devant le Tribunal qui, par des considérants sévères,

déboute le plaignant de ses prétentions absurdes.

Il est tranquille désormais, sans doute ? — Erreur. Deux années se passent, le susdit alcoolique interjette appel du jugement et, comme toujours, demande l'assistance judiciaire.

On la lui accorde encore !

Et voilà notre confrère contraint à de nouvelles démarches, et à de nouveaux frais, qu'il est certain de ne pas récupérer, même partiellement, puisque l'ivrogne ne possède ni sou, ni maille !

Le jugement, dont il est fait appel constatait que le chirurgien de B. ne s'était livré à aucune intervention et qu'il était absent, en France, au moment où le plaignant avait reçu des soins dans le second hôpital.

Ces considérations n'ont pas suffi au bureau d'assistance judiciaire ! Elles n'ont pu éclairer le Procureur général !

Qui donc a jamais prétendu que les médecins n'avaient pas l'oreille de la Justice ?

Mais si, ils l'ont cette oreille — seulement ce n'est pas la bonne, c'est celle qui n'entend pas.

Et le joyeux flon flon d'Offenbach continue à me poursuivre tandis que j'écris ces lignes.

Elle était un peu dure d'oreilles.....

Grand Dieu, faut-il que ces gens là aient l'esprit subtil !

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'otite moyenne aiguë.

Dans une récente thèse, M. le Dr *Demeurisse (Germain)* compare l'histoire clinique de l'otite moyenne aiguë à celle de la broncho-pneumonie.

« Comme la broncho-pneumonie, dit-il, l'otite moyenne aiguë est presque toujours une affection secondaire, survenant au cours de la rougeole et de la grippe. Or, la contagiosité de la broncho-pneumonie ne fait plus de doutes ; l'influence nocive de l'encombrement est démontrée. Donc, par analogie, l'otite secondaire, qui se comporte comme la broncho-pneumonie, doit avoir une même contagiosité. L'enquête faite à ce sujet par Lermoyez auprès d'un certain nombre de médecins de Paris, chargés des services de contagieux est absolument concluante. Comment prend-on une otite au contact d'un otitique ? L'auteur croit, d'accord avec Lermoyez, que l'otite n'est pas primitive d'emblée, mais qu'en réalité les malades s'infectent par la voie classique, c'est-à-dire par la voie naso-tubaire.

Quant aux caractères cliniques de la contagiosité des otites aiguës, les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour les préciser. Toutefois, on peut, dès maintenant, faire deux remarques C'est d'abord que la durée de l'incubation de l'otite aiguë se transmet, en conservant son type clinique catarrhal, purulent ou hémorrhagique ; son intensité varie, non sa forme.

L'auteur conclut qu'il faut isoler les malades, surtout les enfants atteints d'otite moyenne aiguë, même si elle est primitive et à plus forte raison, si elle se surajoute comme complication secondaire à une maladie infectieuse.

D'après M. *Jack*, dans la *Rev. heb. de laryng.*, voici comment on doit conduire le traitement de l'otite moyenne aiguë :

Au premier stade de l'infection, le traitement consiste à maintenir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, on emploiera, chez les enfants, la poire de Politzer, chez les adultes, le cathété-

FEUILLETON

In medio stat virtus !

J'ignore si Horace et Virgile continuent à faire les délices ou à charmer les loisirs des curés de campagne, des notaires honoraires et des anciens magistrats, personnages pondérés qui eurent de tout temps la réputation d'avoir une prédilection pour les *Humanités*.

Ce que je sais mieux, c'est qu'un certain nombre de médecins ont fortement gardé l'empreinte de leur culture littéraire et ne dédaignent pas de feuilleter les vieux auteurs. C'est sous leur égide que j'ai risqué la devise latine qui sert de titre à cet article, et que je vais faire suivre de quelques commentaires.

Il m'a semblé qu'il était opportun de parler de mesure, de pondération, alors que nous sommes encore sous l'influence des dernières luttes électorales, alors que nos contemporains ont une tendance si marquée à tout exagérer, à se complaire dans l'outrance, dans les opinions extrêmes, exclusives, dans le sectarisme et l'intolérance.

Ce sont des maladies morales qui nous regardent aussi et dont nous devons du moins chercher à nous garantir.

Combien sont rares ceux qui savent garder la mesure, même dans notre profession. C'est évidemment pour qu'elle ne soit pas dépassée qu'un des nôtres, qui s'est beaucoup occupé d'hygiène, recommandait dernièrement à un directeur d'institution scolaire d'accorder une cigarette par jour à ses élèves, à partir de 15 ans. Cette *sèche* ne peut pas leur faire de bien, il le reconnaît volontiers, mais, fumée en plein air, elle leur fera moins de mal que s'ils allaient en déguster plusieurs, en toute hâte, dans les endroits de recueillement que vous savez, lesquels, malgré tous les progrès réalisés, constituent un séjour peu recommandable, à tous les points de vue. Sans compter que les fumerons de la règle n'ayant plus l'attrait du fruit défendu, ce sera un motif pour les potaches d'y renoncer.

C'est pour atteindre un résultat analogue, que le docteur Besnier disait fréquemment aux malades qui venaient le consulter à l'hôpital Saint-Louis : « Dorénavant, ne prenez plus une goutte de vin ou d'alcool, si vous voulez guérir. » Comme je m'étonnais un jour de sa rigueur : « Ils en prendront tout de même, me dit-il à voix basse et avec un fin sourire, mais ils resteront dans des limites raisonnables. »

Dans un sens opposé, ce serait faire preuve de douilleterie extrême que de réclamer du chloroforme pour se faire couper les ongles et les cheveux, ou de se croire obligé d'entrer chez les frères Saint-Jean-de-Dieu pour être rasé ou prendre simplement un bain de pieds.

A la rigueur, j'aimerais mieux encore ces trembleurs, qui ont la terreur salutaire du microbe, qui scrutent tout, ne cessent d'en appeler au microscope et à la balance, que les malins qui font les pourfendeurs, tournent en ridicule les recherches des laboratoires, ne tiennent aucun compte de nos recommandations, jusqu'au jour où leur imprudence reçoit le châtiment qu'elle mérite.

Ce n'est pas aux amoureux (les gens qui aiment

risme de la trompe. Si l'insufflation est trop forte, il pourra en résulter une aggravation de l'inflammation. La douleur est surtout soulagée par la chaleur sèche. Au second stade, caractérisé par un exsudat dans la caisse et un bombement du tympan, on pratiquera une large incision. Cette opération a une très grande importance : non seulement, elle amène un prompt soulagement, mais elle tend encore à prévenir des complications mastoïdiennes. C'est pour avoir négligé de donner issue au liquide que plusieurs cas de surdité s'aggravent et finissent par devenir rebelles à tout traitement. La paracentèse sera pratiquée au point où le tympan bombe le plus et l'incision sera large. L'anesthésie générale n'est pas indiquée chez les enfants, qui en souffrent bien plus que de l'opération elle-même.

Hyperhydrose des pieds.

La *Correspondance médicale* résume en quelques lignes les principaux moyens de traitement à opposer à cette si gênante infirmité des arthritiques nerveux, qu'on appelle l'hyperhydrose des pieds :

Comme traitement médicamenteux interne, il y a peu de substances recommandables. On a essayé sans succès : atropine, belladone, tannin, phosphate de chaux, agaric, strychnine, ergot, pilocarpine, tisane de sauge, etc.

Le traitement local est préférable.

On a préconisé l'emploi de l'acide borique appliqué sur la peau, en solution concentrée dans de la glycérine. On saupoudre également les pieds et les chaussettes avec de l'acide borique mélangé au cinquième avec de la poudre d'amidon. Les applications topiques d'acide tartrique de sous-nitrate de bismuth ont été conseillées. Le saupoudrage avec le mélange suivant est recommandable :

Talc pulvérisé	40
Sous-nitrate de bismuth	45
Permanganate de potasse	12
Salicylate de soude	2

Les lotions chloralées avec la solution suivante :

Chloral	2 grammes
Eau	200 —

sont indiquées pour combattre la fétidité des transpirations locales.

Unna a conseillé de prendre le soir des bains tièdes simples, puis de faire des onctions avec :

Ichthyol / Eau	} 50 grammes
Lanoline	20 —

Hebra a proposé un traitement qu'il considère comme héroïque. Il enveloppe le pied séché avec soin d'un emplâtre étendu sur un linge et composé de parties égales de diachylon simple et d'huile de lin ; on en met entre les doigts des pieds pour les isoler les uns des autres. Il faut que tout le pied soit complètement recouvert et que la peau soit directement en rapport avec l'emplâtre. On met ensuite un bandage ou un bas ordinaire. Après douze heures, on enlève le pansement, on frotte simplement les parties malades avec un linge sec, puis on refait le pansement et cela deux fois par jour pendant dix à douze jours. On n'emploie ensuite que des poudres inertes.

étant d'une incroyable sottise) qu'il faut non plus demander de la pondération. On a beau leur dire qu'il ne sied pas d'abuser, même des meilleures choses, ils n'écoutent rien, tiennent à mettre les bouchées doubles et à manger gloutonnement, comme si la table des tendresses allait leur être enlevée.

Leur prêcher la sagesse serait superflu, comme de vouloir fonder une ligue pour l'indépendance des étudiants ; ce serait de la superfétation, de même que toutes les associations qui ont pour but l'émancipation de la femme, comme si les petites filles d'Eve n'étaient pas déjà assez émancipées et perdaient une occasion de savourer les ivresses les plus illicites.

Je n'ai pas besoin de dire que les vils Shylock du quartier latin qui prêtent à gros intérêts aux jeunes gens, pour leur épargner jusqu'au poids de la reconnaissance, pèchent singulièrement par exagération et que le parquet a bien raison de les diriger de temps en temps (pas assez souvent, malheureusement), vers les maisons centrales, lorsqu'on peut les pincer.

Le *Correspondant médical* se lamentait naguère sur l'avalanche d'ouvrages scientifiques, de mémoires, de communications, qu'il nous faut subir et il souhaitait que ceux de nos confrères qui ont quelque chose à dire se décident enfin à le tenter sous une forme courte et concise : « Prenez une clinique médicale, disait-il, vous êtes effrayé, si vous y prêtez attention, de la quantité de mots inutiles, des *ce qui* et *ce que*, d'adjectifs oiseux, de répétitions fatigantes, etc. On peut, sans rien enlever au sens, les alléger de moitié, parfois des sept huitièmes. Il en est de même de la plupart des travaux qui paraissent.

« Un professeur universitaire pond deux gros bouquins sur la cellule nerveuse; il n'a jamais mis l'œil à un microscope. Son livre est fait de coupures reproduites in extenso et plus ou moins bien arrangées. On ne le lit pas, mais on le cite, et, pour un petit clan restreint, c'est un grand homme. »

En constatant la facilité avec laquelle notre génération fait des célébrités avec peu de chose, il n'y a plus à s'étonner que Dieu ait pu faire l'homme avec un peu de boue, ce qui est facile à reconnaître, et la femme avec un débris cartilagineux, qui est rudement bien dissimulé !

C'est surtout en thérapeutique qu'il ne faut pas s'emballer et accepter, sans un contrôle suffisant, les innombrables panacées qui ne cessent de pousser dans le champ pharmaceutique. C'est faire preuve de haute sagesse, d'autant plus que les engouements de la première heure sont suivis d'une réaction en sens opposé. — Autrefois, on a trop prescrit de sangsues, de vésicatoires, d'émétique ; voilà pourquoi on a presque délaissé des médications, qui, employées avec plus de circonspection, peuvent rendre des services et ont leur utilité.

Il ne s'agit pas seulement de dire beaucoup en peu de mots, *multa in paucis*, comme je viens de l'insinuer, d'être substantiel et concis en même temps, mais encore, au point de vue professionnel, de faire beaucoup en quelques heures, de ne pas muser, de ne pas s'attarder à des hésitations toujours préjudiciables, lorsque l'action s'impose. — L'essentiel est de donner peu de remèdes, en temps opportun, de n'user que de ceux qui ont une efficacité consacrée, d'être ingénieux en cas d'urgence ou d'accident, de savoir se contenter des ressources qu'on a sous la main, de tirer profit des ustensiles, dont

Kaposi a préconisé le naphtol : matin et soir lotions avec :

Naphtol β	5	parties
Glycérine	10	—
Alcool	100	—

puis on saupoudre, soit avec de l'amidon pur, soit avec :

Naphtol pulvérisé	2	parties
Amidon	100	—

Une excellente pratique consiste à employer localement l'acide salicylique et les composés salicylés. C'est ainsi que M. Brocq recommande de faire prendre un bain de pieds simple ou astringent à l'eau de feuilles de noyer, de laver ensuite avec de l'alcool ou avec un des mélanges suivants :

Sulfate de quinine	5	parties
Alcool à 60°	500	—

ou :

Tannin	1 à 3	parties
Alcool à 60° ou eau	250	—

puis de poudrer avec un des mélanges suivants :

Acide salicylique	3	parties
Amidon	10	—
Talc pulvérisé	87	—

ou bien :

Alun pulvérisé	45	parties
Acide salicylique	5	—

On se sert également de perchlorure de fer, de la manière suivante :

Pendant deux jours on prend des bains froids avec de l'eau de feuilles de noyer, le troisième jour on badigeonne les pieds matin et soir avec le mélange suivant :

Glycérine	10	grammes
Perchlorure de fer liquide	30	—
Essence de bergamote	XX	gouttes

Voici une formule complexe que Tshappe donne comme très efficace contre les sueurs fétides :

Sulfate de zinc } Sulfate de fer }	àà 450	grammes.
Naphtol	1 à 5	—
Essence de thym	3 à 5	—
Acide hypophosphoreux	7 à 5	—
Eau distillée	2.500	—

Lotionner matin et soir les parties atteintes.

Dans l'armée allemande, l'emploi topique de l'acide chromique pour remédier à l'hyperidrose des pieds, est d'un usage courant. La guérison de cette véritable infirmité a été obtenue dans 42 % des cas, une amélioration franche dans 50 % des cas, 8 fois sur 100 l'insuccès a été complet. L'acide chromique est employé en solution à 5 ou 10 % et sous forme de badigeonnages des plantes des pieds et des espaces interdigitaux avec un tamponnet d'ouate imbibé de la solution médicamenteuse. Le badigeonnage est pratiqué sous la surveillance du médecin avant le coucher des hommes et après un lavage en règle des pieds, qui devront ensuite être soigneusement desséchés. On fait deux séances de badigeonnages à 8 ou 15 jours d'intervalle.

Hammamelis et Hydrastis

On emploie couramment aujourd'hui l'hammamelis virginica et l'hydrastis canadensis dans les cas de varices, d'hémorrhoïdes et d'hémorrhagies fréquentes.

Malheureusement le mélange des teintures de ces deux plantes détermine un précipité abon-

---

on dispose, sans trop s'en laisser imposer par le souvenir des mésaventures du pauvre docteur Laporte, de restreindre enfin ses prescriptions au strict nécessaire, sans rien de compliqué pour des esprits frustes, trop disposés à mal comprendre et à exécuter au rebours.

Evidemment, chacun de nous devrait être tout entier à son affaire, prendre vraiment à cœur son rôle et ses responsabilités ; mais je crains bien que de nombreux sujets de distractions, politique, ambition, affaires, entreprises, soucis domestiques, galanterie et même gouinfrerie, ne poussent quelques uns d'entre nous à manquer parfois de zèle, à expédier visites et consultations avec une hâte fâcheuse.

Quel piètre motif pour bâcler sa besogne que le désir d'aller faire sa partie ou d'absorber un apéritif !

Car, malgré tout ce qui a été dit et écrit, malgré les conférences et les brochures, il y a des médecins qui continuent à donner le mauvais exemple, à boire chez eux et en public, même en compagnie subalterne et peu avouable. Ils ne sauraient trop se tenir en garde contre ce démon perfide et menteur de l'alcoolisme, qui fait payer si cher, par une si terrible décadence, les prétendues séductions de sa fausse énergie et de sa passagère surexcitation.

Le public qui commence à être initié (il n'est plus de mode de rechercher n'importe quelle ivresse) ne tarde pas à se détourner avec dégoût des imprudents, qui ne gardent ni tenue, ni dignité ; c'est la ruine et la honte à courte échéance. Des médecins d'abord bien posés perdent brusquement leur clientèle dès qu'on s'est aperçu de leur manque de sobriété et on n'ose plus les faire appeler, même lorsqu'ils sont à jeûn.

Les coupables n'ont qu'à faire leur *mea culpa* ; il y a d'autres moyens de s'étourdir lorsqu'on a besoin d'oublier et qu'on recherche un opium bienfaisant contre le découragement et le désespoir.

Il en serait autrement, si notre corporation était moins encombrée, si surtout la fortune se montrait plus équitable en faveur de ceux qui mettent leur intelligence au service du bien, qui luttent contre la mort, la misère et la souffrance. Il est vraiment désolant de constater que, lorsqu'on exerce un état honorable et honoré comme la médecine, on a moins de chances d'arriver à l'indépendance, à la sécurité pécuniaire, qu'en exploitant certaines industries peu estimables, ou même nuisibles, comme celle de marchand de vins frelatés et de toxiques à base d'alcool, de qualité inférieure.

Plus on a de hautes qualités morales et intellectuelles, moins on est assuré de devenir riche. En revanche, toute entreprise qui s'adresse au vice ou à la badauderie procure rapidement la forte somme à ceux qui la lancent.

Je voudrais qu'il en fût autrement et que la balance inclinе, un peu plus souvent, du côté des laborieux et des intègres.

C'est un juste milieu à conquérir ; il est tout aussi désirable que celui qui provoquerait un peu plus d'aménité dans nos relations. Qu'il me soit permis de citer encore une expression latine, puisqu'aujourd'hui les réminiscences classiques affluent sous ma plume. Il s'agit d'une réflexion que je trouve, au début des *Bucoliques* : *Non equidem invideo, miror magis.*

Ne trouvez-vous pas qu'elle devrait servir de règle

dant qui entrave beaucoup l'administration des gouttes.

M. Hamdi Effendï, pharmacien, conseille d'ajouter au mélange quelques gouttes d'acide chlorhydrique qui, sans rien changer à l'action du médicament, rendent la préparation absolument limpide et plus agréable à l'œil.

Toutefois cette addition ne pouvant être faite par le pharmacien que sur prescription du médecin, il sera bon de formuler ainsi :

Teinture d'hamamelis virginica...	10 gr.
Teinture d'hydrastis canadensis...	10 —
Acide chlorhydrique pur...........	IV gouttes

Guérison d'un cas d'hystéro-épilepsie en une seule séance de suggestion.

Notre très sympathique confrère, le Dr *Le Menant des Chesnais* communique le très intéressant fait suivant :

A la suite d'un violent chagrin, une jeune fille de 18 ans est prise de crises convulsives avec perte de connaissance ; elles viennent surtout le soir quand il y a eu des contrariétés dans la journée ; elles augmentent vite de fréquence et finissent par se montrer tous les jours. Elles ont complètement disparu après une seule séance de suggestion hypnotique.

Coxalgie par suggestion.

M. le Dr *Paul Farez* rapporte le curieux cas suivant :

Un enfant de quatre ans va faire une longue promenade avec son père ; il revient un peu fatigué, en traînant la jambe gauche. Son père et sa mère, affolés, se lamentent, craignant qu'il s'agisse d'une coxalgie. La nuit se passe. Le lendemain l'enfant est incapable de faire aucun mouvement dans son lit ; le moindre attouchement lui fait pousser des cris perçants. Intoxiqué, pour ainsi dire, par la croyance qu'il a une coxalgie, il en réalise inconsciemment la symptomalogie, en l'exagérant, du moins en ce qui concerne la sensibilité et la motricité. Il me suffit de distraire l'enfant, de capter son attention, de lui raconter une histoire amusante ; pendant ce temps, j'arrive à palper tout son membre inférieur gauche sans qu'il s'en aperçoive, puis à provoquer toutes sortes de mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, sans provoquer la moindre douleur. Je le fais lever, je l'habille et il m'accompagne par la main jusqu'à la porte de l'appartement, puis se met à jouer avec ses frères et sœurs. Cet enfant a une suggestionnabilité exagérée : ses parents lui demandent-ils s'il n'éprouve pas une douleur à tel endroit déterminé, aussitôt il l'éprouve réellement. Plusieurs fois il a donné à sa famille de sérieuses inquiétudes. Quand j'arrive, il me suffit de palper et de masser légèrement la région soi-disant malade, en affirmant que la douleur a disparu, et celle-ci, en effet, est supprimée. La suggestion est une arme à deux tranchants. Les parents exercent souvent au point de vue suggestif une influence néfaste sur leurs enfants ils manquent de calme et d'empire sur eux-mêmes. D'une manière générale et surtout en pathologie nerveuse, il est souvent indispensable de soigner d'abord la névropathie du milieu familial, en particulier celle du père et de la mère ; à cette condition seulement, l'enfant peut être amélioré ou guéri.

---

de conduite à tous les médecins dans leurs rapports avec leurs voisins ?

Comme la vie confraternelle serait immédiatement simplifiée, ou rendue attrayante, si, au lieu de chercher à s'amoindrir, on devenait indulgent, plus prompt à voir les choses sous leurs beaux côtés. Ce serait l'âge d'or pour notre grande famille, n'en doutez pas, si chacun, au lieu de faire preuve d'intransigeante rudesse, de la pire intolérance, s'efforçait d'être équitable, ou simplement indifférent.

Il y en a qui calomnient, même quand ils n'en retirent ni plaisir, ni profit, comme si leurs propos perfides ne faisaient pas ricochet et ne rejaillissaient pas sur l'ensemble. Ils seraient beaucoup plus habiles en atténuant le rictus mauvais de leur bouche, pour ne laisser errer sur leurs lèvres qu'un sourire constamment bienveillant.

C'est si bon de pouvoir admirer, de n'avoir qu'à louer et c'est une félicité qu'on peut s'offrir encore fréquemment, en y mettant un peu de complaisance, en étant philosophiquement pitoyable, sans rien d'acerbe, ni d'amer.

On a fait grand bruit d'une lettre adressée, il y a quelques mois, par l'évêque de Mende, au clergé de son diocèse. Il recommandait l'esprit de paix et le désarmement des colères.

Le prêtre laïque qu'est le médecin peut faire son profit de ce mandement, quel que soit son culte ; lui aussi doit représenter parmi les hommes un exemple de modération et de justice, un messager de concorde ; il faut qu'il évite les questions qui divisent et s'attache plutôt à celles qui rapprochent et unissent.

Je m'arrête, pour être conséquent avec moi-même, puisqu'il ne faut abuser de rien. Les sermoneurs arrivent très vite à fatiguer leur auditoire et on n'aime guère les accès de franchise, sans compter qu'il se trouve facilement quelque esprit caustique, à l'air documenté, qui ne se gêne guère pour mettre en doute la vertu du mentor (comme s'il l'avait subodoré et fait des investigations jusqu'au tréfond de son âme) et se demander s'il a bien l'autorité voulue pour prêcher la morale à autrui.

Hélas, nul n'est parfait, impeccable ; mais on a conseillé depuis longtemps de s'attacher moins aux mérites personnels d'un orateur, fût-il sacré, qu'à l'élévation de son enseignement, de fermer les yeux sur son indignité pour n'envisager que la bonté de la cause qu'il défend.

En Amérique, le premier venu peut monter sur la borne du chemin et commenter la Bible, prêcher la charité, l'humilité, le dévouement, sans que personne songe à lui demander qui il est et d'où il vient, si c'est un lourdaud vertueux ou un fanatique iconoclaste. On lui sait gré au contraire de semer le bon grain, de prêcher de saines doctrines, même avec un verbe inférieur et des gestes maladroits. Il y a toujours quelque passant qui profite de cette parole, jetée sans prétention aux échos d'alentour.

Peut-être devrait-on se montrer non moins indulgent envers ceux qui ne songent qu'à relever notre profession et voudraient en donner une haute idée à tous les praticiens de France et de Navarre !

Dr Grellety (de Vichy).

PRATIQUE CHIRURGICALE

Luxations anciennes de l'épaule.

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr *Leguen* a traité le difficile problème du traitement des luxations anciennes de l'épaule. Nous emprunterons à cette clinique publiée dans la *Semaine médicale* et les *Ann. de chir. et d'orthopédie* les points principaux de cet article.

Rien n'est plus urgent en chirurgie, après l'hémostase, que la réduction des luxations aussitôt à la suite de l'accident. Quelques heures de retard suffisent pour rendre la luxation difficile à réduire, et, au bout de quelques jours, ces difficultés deviennent parfois insurmontables.

I

Revue anatomique.

« Dans toute luxation ancienne (datant de quelques semaines) de l'épaule, il y a deux sortes de lésions contre lesquelles on peut avoir à lutter : 1° les lésions qui sont la cause, et 2° les lésions qui sont la conséquence de l'irréductibilité.

1° *Les lésions qui sont la cause* sont précisément celles qui ont empêché la luxation d'être primitivement réduite ; et quel que soit l'âge de la luxation, ces lésions se retrouvent identiques. Elles sont, d'ailleurs, variables, suivant les cas, et avant l'opération, il est toujours bien difficile d'être fixé sur leur nature. Tantôt, c'est la partie postérieure de la capsule qui s'interpose en tampon entre la tête et la cavité glénoïde ; tantôt, c'est un fragment d'une tubérosité qui se plaque sur l'ancienne cavité : et ceux qui, comme Nélaton et Delbet, ont étudié particulièrement l'anatomie pathologique de ces luxations irréductibles, ont insisté tout particulièrement sur cette cause d'irréductibilité. Ce sont encore, parfois, des muscles arrachés de leurs insertions, ou le tendon luxé du biceps qui défendent l'entrée de la cavité glénoïde ; enfin Lejars, dans un cas, trouva la tête humérale étranglée par le petit pectoral, au-dessous duquel elle était engagée.

Voilà les principales des lésions qui occasionnent l'irréductibilité. Mais ces altérations peuvent faire défaut dans une luxation ancienne ; même à notre époque, il est des luxations qu'on ne réduit pas, qu'on abandonne à elles-mêmes, parce qu'on ne sait pas les reconnaître et qu'on ne cherche pas à les réduire. Ces luxations ne sont irréductibles que du fait de l'incurie de ceux qui ont à les traiter. Et vous ne devrez pas vous étonner de voir quelquefois se réduire très facilement une luxation qui datait de quelques semaines et n'avait persisté que parce qu'on ne s'était pas efforcé de la modifier.

Toutefois, quand une luxation, comme dans le cas présent, a été, dès son début, l'objet de tentatives de réductions méthodiques et répétées, alors on a le droit de conclure qu'il existe une cause réelle d'irréductibilité, qui fait échec aux manœuvres et qui fait de cette luxation un cas particulier.

2° *Il y a des lésions qui sont la conséquence de l'irréductibilité.*

Au contraire des précédentes, celles-ci ne surviennent que tardivement ; elles sont consécutives à la luxation, elles résultent de la situation nouvelle que la tête a prise au dehors de la cavité glénoïde ; elles s'aggravent avec le temps, et sont proportionnelles à l'ancienneté de la luxation. Il est difficile de préciser exactement le moment où elles apparaissent, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'à partir de deux mois on doit toujours avoir à compter avec elles.

Ces lésions portent, ainsi que Nélaton et Delbet l'ont bien établi, sur tous les éléments de l'articulation ; l'orifice capsulaire à travers lequel la tête est sortie se rétracte (Nélaton). Sous le deltoïde, au dehors de la capsule, se condense un tissu fibreux épais qui fixe et immobilise la tête. Enfin, Delbet a vu dans 22 cas des adhérences entre la partie postérieure de la capsule et la glène.

Voilà les modifications les plus fréquentes du côté de l'ancienne articulation. Ce n'est pas tout, une néarthrose se produit entre l'omoplate et la tête de l'humérus. Cette tête repose sur le bord antérieur de la cavité glénoïde qui s'excave pour la recevoir, et sur la partie correspondante de la fosse sous-scapulaire. Là, elle s'enveloppe d'une nouvelle capsule formée en partie aux dépens de l'ancienne et, en partie, aux dépens d'un tissu fibreux de nouvelle formation, qui, adhérant aux vaisseaux, recouvre le segment antérieur de la tête.

Joignez à cela la rétraction souvent considérable des muscles péri-articulaires, la déformation de la tête humérale, et vous comprendrez facilement comment ces lésions sont capables de s'opposer à la réduction de la luxation, et même, après la réduction, à la fonction du membre.

« Elles font obstacle à la réduction, parce qu'elles les fixent et immobilisent la tête dans sa situation anormale, et opposent des résistances insurmontables à des moyens méthodiques qui, utilisés deux mois plus tôt, auraient pu facilement faire réintégrer la tête dans sa cavité.

« Elles font obstacle, en outre, à la fonction du membre : supposez la réduction obtenue malgré ces lésions ; une tête déformée, ramenée au contact d'une cavité modifiée, enveloppée d'une capsule rétractée, est incapable de permettre à l'articulation ce jeu normal et libre des surfaces qu'exigent les mouvements étendus de l'épaule. Aussi est-il souvent nécessaire de réparer par une opération appropriée les désordres qui se sont développés du fait même de la luxation, aussi bien pour permettre la réduction que pour assurer dans l'avenir la fonction du membre.

« Après avoir ainsi défini les obstacles principaux contre lesquels nous avons à lutter, nous sommes à même d'envisager et d'apprécier les moyens qui sont à notre disposition pour traiter une luxation ancienne de l'épaule. »

II.

Traitement et indications.

Les moyens curatifs des luxations de l'épaule sont assez nombreux, mais leur efficacité est inégale. « Il y a des moyens *simples* ou *de douceur*, des moyens *violents* ou *de force*, et des moyens *sanglants* ou *de précision*.

Sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, les moyens simples ou de douceur peuvent donner de bons résultats : après la libération de la tête humérale, on applique le procédé de Kocher.

A. — Pour libérer la tête humérale, on mobi-

lise doucement l'articulation, en produisant des mouvements de flexion, d'extension et surtout de rotation. Ces mouvements doivent être faits avec prudence ; car, dans ces circonstances, plusieurs chirurgiens ont produit la fracture de l'humérus, au col chirurgical ; or, il faut absolument éviter cet accident.

La libération de la tête sera suivie de l'application du procédé de Kocher.

« B. — La façon de procéder est la suivante :

« Le patient, la poitrine et les bras nus, est assis sur une chaise, de préférence sur l'extrémité même de la chaise, loin du dossier et sur le bord qui répond à l'épaule malade. (La liberté de la succession des mouvements du bras malade est ainsi assurée.)

« L'opérateur s'assied sur une deuxième chaise placée perpendiculairement à la première, en regard du bras atteint.

« Un aide appuie les mains sur les deux épaules du patient, ce qui fixe l'omoplate et rend la réduction plus aisée, mais n'est nullement indispensable.

« Puis les quatre temps suivants, *bien espacés*, sont exécutés ;

« 1er *temps*. — L'avant-bras est plié sur le bras à 90°.

« La main gauche de l'opérateur, lorsqu'il s'agit du bras droit (et inversement), appuie solidement le coude contre le tronc qu'il ne devra pas quitter.

« C'est dans le maintien de cet appui, que réside la seule force à déployer, d'où l'indication de se mettre à côté du patient, ainsi que nous l'avons indiqué. Une bonne pratique, que nous recommandons, consiste à porter le coude légèrement en arrière sur la paroi latérale du tronc avant de l'y appliquer.

« 2e *temps*. — Le praticien, veillant toujours à maintenir le *coude au corps*, porte lentement, graduellement, la main gauche du patient en dehors dans le plan horizontal sans secousses, il doit arriver à amener l'avant-bras dans une position presque perpendiculaire en dehors, à l'axe de l'humérus.

« Ce 2e temps est fondamental. De sa bonne exécution : « Coude au corps, main portée très loin en dehors », dépend la réduction.

« 3e *temps*. — Après un instant d'arrêt, le chirurgien, se levant peu à peu, pousse de sa main gauche le coude en avant, en haut, en dedans, *c'est-à-dire en ne perdant pas le contact du corps* jusque vers la ligne médiane, pendant que la droite maintient toujours l'avant-bras du patient en rotation externe.

« 4e *temps*. — Brusquement, l'avant-bras est porté en dedans par une rapide rotation, qui place la main du malade sur son épaule saine.

« Ce 4e temps, fait brusquement, tandis que le 3e est exécuté lentement et progressivement, est dans son exécution, d'importance moindre. Le plus souvent, la luxation est déjà réduite ou en voie de réduction, au moment de son accomplissement, et le mouvement se fait presque de lui-même.

« Bien exécuté, c'est-à-dire en marquant bien les temps, en surveillant le 2e et le 3e, la réussite est très probable.

« Un premier échec ne doit pas décourager, puisqu'aucune violence n'a été exercée ; il est facile de recommencer, en veillant à éviter les fautes de méthode que l'on a pu commettre dans la 1re tentative.

« La luxation supposée réduite, le médecin vérifie si la coaptation des parties articulaires est bien certaine, puis immobilise le bras malade dans une écharpe bien fixée *par lui-même*, suivant le procédé recommandé par Tillaux.

« Le malade est revu 48 heures après, l'écharpe défaite, la réalité de la réduction à nouveau vérifiée.

« L'écharpe est remise en place, retirée au bout de la huitaine, et dès lors, contenu dans une légère écharpe, le bras est soumis à de légères manœuvres de mobilisation et de massage.

« Ces soins consécutifs sont très importants au point de vue de l'avenir fonctionnel du membre. L'atrophie du deltoïde est toujours à craindre après la luxation, et le devoir du médecin est de prévenir, autant qu'il est en son pouvoir, cette déplorable conséquence du traumatisme.

« L'examen de la sensibilité de la partie externe du moignon de l'épaule permet, du reste, de prévoir cette atrophie, l'anesthésie de ce territoire impliquant une lésion du nerf circonflexe, qui innerve justement le deltoïde. Il sera donc bon de toujours pratiquer cette recherche, avant même d'exécuter le Kocher et d'avertir, s'il y a lieu, le malade que la réduction de la luxation ne le garantira vraisemblablement pas d'une certaine diminution de l'activité fonctionnelle de son bras. »

Malheureusement, même appliquée avec méthode, la manœuvre de Kocher est souvent infructueuse dans ces luxations anciennes. On doit, en ce cas, recourir *aux méthodes de force*. Avec celles-ci, il s'agira d'effectuer sur l'humérus en abduction des tractions progressives mais méthodiques, la contre-extension étant faite sur le tronc. Dans ce but, plusieurs appareils sont à notre disposition : le plus pratique est celui de Hennequin ; c'est le plus précis, celui qui demande la mise en action de la moindre force pour obtenir cependant des tractions très énergiques.

Mais, il faut, à tout prix, éviter l'abus des tractions violentes. Quand on redoutait avec terreur les opérations sanglantes, il y a une trentaine d'années, on voulait, à tout prix, réduire par les tractions les luxations les plus tenaces. Les appareils à mouffles représentaient la dernière ressource du chirurgien, et on allait volontiers jusqu'à des tractions de 150, voire même de 200 kilogrammes. Des désordres graves, des accidents sérieux, ont été la conséquence de ces tentatives violentes : des ruptures de la veine et de l'artère axillaires, des déchirures musculaires étendues résultaient souvent de ces manœuvres déplorables qui, une fois même, ont amené l'arrachement du bras (Guérin). Nous ne sommes plus à l'époque où de pareils excès étaient autorisés : nous pouvons encore faire des tractions fortes, mais non excessives. N'allez jamais au-delà de 90 kilogrammes. Ces tractions hautes suffisent dans quelques cas à déplacer la tête ; on les aide en imprimant au bras, pendant la traction, des mouvements de rotation, et en exerçant au moment du déclenchement une vigoureuse poussée de la tête vers la cavité glénoïde.

« Si les manœuvres de force échouent, on doit alors avoir recours à l'*intervention chirurgicale* ;

l'opération a le grand avantage de comporter par elle-même une rigoureuse précision. Jusqu'alors, en effet, on ignore la cause de l'irréductibilité de cette luxation ; les tractions agissent à l'aveugle ; on ne sait pourquoi, ni comment elles peuvent réussir, et si elles réussissent, on ne saura même pas sur quel obstacle elles auront agi, comment elles l'auront modifié, quel est l'état anatomique de cette jointure, et quel sera plus tard son fonctionnement. L'opération donne, au contraire, satisfaction sur tous ces points, et, une fois l'articulation mise à nu, on peut agir différemment suivant la disposition anatomique nouvelle créée par la luxation irréductible.

« Le plan opératoire doit être le suivant : il faut en premier lieu aborder la région, puis celle-ci ayant été explorée, la luxation étant définie dans les causes et les conditions de son irréductibilité, il s'agit de modifier l'obstacle et de terminer ou non par la résection.

« Voyons d'abord comment on doit *aborder la région*.

« Les voies d'accès de l'articulation scapulo-humérale sont multiples ; trois surtout ont été utilisées. La *voie axillaire* a été suivie par Langenbeck ; elle est la plus directe, puisque du côté de l'aisselle la tête est toute superficielle : pour l'atteindre, il n'est pas besoin de traverser et de sectionner le gros muscle deltoïde. Mais ces avantages sont bien insignifiants en présence des inconvénients que cette incision présente, quand il s'agit de reconnaître et de traiter la cause de l'irréductibilité. Bardenheuer, Volkmann, Küster ont eu les plus grosses difficultés à terminer par cette voie la résection de l'épaule, et le danger de blesser les vaisseaux ou nerfs de la région serait, à défaut d'autres, une raison suffisante pour faire renoncer complètement à l'utiliser.

« La *voie postérieure* a été employée par Nélaton ; elle est déjà meilleure. Nélaton fait d'abord une incision horizontale sur le bord externe de l'acromion : à cette incision s'en joint en arrière une autre qui se dirige en bas, vers le bras, suivant la direction des fibres du deltoïde. Grâce à cette incision combinée, un grand lambeau cutanéo-musculaire est taillé, qui, rabattu, permet d'aborder la région de l'épaule par sa partie postérieure. M. Legueu ne croit pas que cette incision postérieure soit préférable à l'incision antérieure : la tête est immobilisée en avant, c'est en avant que sont les obstacles, c'est là qu'il faut les chercher, et il craindrait, en pratiquant une incision postérieure, d'avoir les plus grandes peines pour déloger la tête du creux sous-coracoïdien.

« Avec les *incisions antérieures*, au contraire, — ou *antéro-externes*, — cette difficulté n'existe plus. L'articulation est abordée dans sa région délicate, et l'avantage devra rester à celle de ces incisions antéro-externes qui donnera le plus de jour pour faire l'arthrotomie et en même temps, s'il est besoin, la résection de l'épaule.

« L'incision proposée par Demons (de Bordeaux) est horizontale et transversale. Elle commence en arrière au niveau du postérieur de l'acromion, passe à 5 millimètres au-dessous de la pointe de cette apophyse, et gagne ensuite directement la pointe de la coracoïde. Le deltoïde étant incisé dans le même sens, Demons abaisse avec un écarteur la lèvre inférieure de la plaie, et on tombe alors directement sur les tissus fibreux qui s'opposent à la rentrée de la tête dans la cavité normale de réception. Grâce à cet incision, Demons a pu une fois, quoique avec assez de peine, effectuer le dégagement d'une tête en luxation intra-coracoïdienne.

« Cette incision doit, sans doute, donner beaucoup de jour, mais elle a l'inconvénient, étant horizontale, de couper toutes les fibres du deltoïde. Et cet inconvénient l'empêchera de prendre le pas sur les incisions verticales, quoiqu'elle expose la région aussi bien que ces dernières.

« Il est un procédé bien supérieur à tous les autres, c'est celui qui consiste à *sectionner l'arc acromio-claviculaire*, et à créer, sans toucher aux muscles, un lambeau ostéo-musculaire qu'il suffit de récliner en bas et en dehors pour avoir sur l'articulation un accès large et facile. Ce procédé a été proposé par Neudorfer, repris et modifié par Severeanu (de Bucharest), et en France par Duplay.

« Voici en quoi il consiste : on fait une incision horizontale sur le bord externe de l'acromion. Cette incision commence, en avant, en dedans de l'articulation acromio-claviculaire et se termine, en arrière, à l'origine de l'épine de l'omoplate. Une seconde incision part de l'extrémité antérieure de la première, et se porte en bas et en dehors suivant la direction des fibres du deltoïde, auxquelles elle reste parallèle. On dissèque la lèvre supérieure de l'incision horizontale jusqu'à ce que l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule soient découverts.

« A ce moment, on sectionne en arrière l'acromion à son point de continuité avec l'épine de l'omoplate, et, en avant, on coupe la clavicule au voisinage de l'articulation acromio-claviculaire, ou même on ouvre cette articulation elle-même.

« Le deltoïde mobilisé avec son insertion supérieure peut alors être abaissé, laissant une large brèche qui met à nu l'articulation de l'épaule.

« Grâce à cette ouverture, la région est explorée ; la cause de l'irréductibilité est cherchée et supprimée. Une fois levé l'obstacle, et la tête libérée, que doit-on faire encore ? Faut-il réduire simplement la tête dans la cavité et s'en tenir à cette arthrotomie ? Ou bien n'est-il pas préférable de pratiquer la résection de l'épaule ?

« L'étude des résultats éloignés doit seule servir de base pour trancher cette question ; or, il résulte des faits rapportés par Nélaton et par Delbet que les résultats de la résection sont bien plus satisfaisants que ceux de l'arthrotomie. Après l'arthrotomie, la tête déformée ne se meut plus librement dans une cavité également modifiée, et les mouvements restent limités ; avec la résection de la tête, au contraire, à la condition qu'elle ne soit pas trop considérable, qu'elle soit économique, le résultat est meilleur, les mouvements sont plus étendus. »

C'est donc, en résumé, cette dernière éventualité qu'il faut envisager et faire envisager au blessé atteint de luxation de l'épaule, remontant à plus de deux mois. Quand les précautions d'antisepsie sont convenablement prises, la réunion se fait par première intention et au bout de 15 jours, on peut commencer à faire exécuter des mouvements de flexion et d'abduction. Le

massage quotidien, l'électrisation et la mécanothérapie auront vite raison des restes de raideurs articulaires et, en deux mois, tout sera rétabli.

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE

Nouvel hôpital Trousseau : M. le Pr KIRMISSON.

Diagnostic et traitement du pied bot varus équin congénital.

Je vais vous présenter successivement, aujourd'hui, 5 enfants qui offrent, à des degrés divers, des types de pied-bot. Ils vous permettront de comparer entre elles les formes principales de cette affection.

Notre première malade est une fillette de 6 ans atteinte d'un double pied bot varus équin congénital. Elle a été élevée à la campagne, chez ses grands-parents. Son père, qui nous l'a conduite, affirme qu'un médecin de son pays, consulté à ce propos, aurait conseillé de ne rien tenter contre le pied bot avant l'âge de six ans. Une telle consultation me semble bien extraordinaire et, pour ma part, je ne crois pas qu'un confrère ait pu réellement donner un semblable avis. De toutes façons, ceci doit vous servir de leçon ; ne dites jamais une chose pareille. Pourquoi 6 ans, en effet, plutôt que 5, 4 ou 7 ? D'autre part, en donnant le conseil d'attendre, on fait perdre à l'enfant le moment le plus favorable au traitement, c'est-à-dire les semaines qui suivent la naissance.

Quoi qu'il en soit, la fillette n'ayant été soumise à aucune médication présente maintenant un double pied bot invétéré : le pied est à angle droit sur la jambe. Sous le bord interne du pied se voit une plicature, un sillon profond correspondant à l'articulation médio-tarsienne ; à sa face dorsale, on aperçoit deux saillies formées par la tête de l'astragale et l'extrémité antérieure du calcanéum, saillies recouvertes de bourses séreuses et de durillons.

Le degré de la déformation s'apprécie d'après l'angle (aigu, droit ou obtus) que forme le pied avec la jambe. Malgré son intérêt, cette notion est loin de suffire au diagnostic, ni surtout au pronostic. Vous ne pouvez pas dire angle aigu, pied bot grave ; angle obtus, pied bot léger. La mesure de l'inflexion a certainement sa valeur, mais, en l'espèce, le phénomène réellement important est le plus ou moins de difficulté éprouvée par le chirurgien qui cherche à réduire la déformation. Il vous arrivera de rencontrer des pieds bots peu accusés, mais néanmoins rebelles au traitement en raison des obstacles qu'ils offrent à la réduction.

Chez notre fillette, le varus était associé à l'équinisme, le talon ayant subi un mouvement d'ascension notable. Je l'ai opérée samedi dernier. J'ai pratiqué une section sous-cutanée du tendon d'Achille, une section à ciel ouvert des jambiers et une large arthrotomie médio-tarsienne.

Notre deuxième malade peut être rapproché de la première. C'est un garçon de 5 ans opéré à plusieurs reprises déjà. Il a subi une première fois, quelque temps après sa naissance, la section du tendon d'Achille sans résultat ; une seconde fois, en 1900, la section à ciel ouvert du même tendon. Aucune de ces interventions n'a amené la guérison et nous avons encore sous les yeux un double pied bot varus équin congénital. Comparé au précédent, sa déformation est moins accentuée, l'angle est obtus au lieu d'être droit ; toutefois, la réduction est aussi difficile à obtenir, il y a la même raideur de l'articulation médio-tarsienne (qui caractérise le varus) et de l'articulation tibio-tarsienne (qui caractérise l'équinisme).

En face de ces deux cas dont l'origine est congénitale, en voici d'autres de nature différente :

Un troisième malade, âgé de 5 ans, que j'ai opéré samedi d'un pied bot droit, varus équin, d'ordre paralytique. Ce malade fut atteint, à 4 mois, d'une paralysie infantile classique portant sur le membre inférieur droit. Actuellement, son pied est en adduction légère, facile à corriger, et contrastant avec un équinisme considérable, rétraction du tendon d'Achille et relèvement du talon. Cette déformation doit être appelée équin-varus paralytique, en raison de la convention qui veut que nous classions la première la difformité la plus nette. Nous notons également une impotence fonctionnelle du triceps se traduisant par l'impossibilité de détacher le talon du plan du lit, de l'atrophie musculaire, et un raccourcissement de deux centimètres du membre malade. Chez cet enfant, il était nécessaire de faire un examen électrique de la contractilité musculaire. Le résultat en a été peu consolant : aucun muscle ne réagit, excepté l'extenseur propre du gros orteil. Vous savez qu'on a proposé comme traitement du pied bot paralytique de transplanter le tendon de ce muscle sur le jambier antérieur.

Quatrième malade. Enfant de 12 ans atteint de pied bot paralytique du côté droit. Ce cas mérite aussi d'être catalogué équin-varus. L'équinisme est très développé et le varus léger. L'angle rentrant, le sillon du bord interne du pied qui caractérise le varus est à peine accentué. Point important contrastant avec le troisième malade, le triceps est demeuré bon et soulève assez aisément le talon.

En regard de ces quatre cas de pieds bots, les uns congénitaux, les autres paralytiques, je vais vous montrer, enfin, un cinquième enfant également atteint d'un pied bot équin-varus, avec équinisme considérable, le talon demeurant distant de 8 à 10 cm. du sol. Mais là s'arrête l'analogie, car, dans ce dernier exemple, la déformation des pieds n'est qu'un simple élément de la maladie. Il s'agit ici d'une paraplégie spasmodique (maladie de Little), et j'ai tenu à vous la présenter uniquement comme étude diagnostique. Vous savez que la maladie de Little a pour étiologie principale la naissance avant terme ; en outre, la démarche du patient est caractéristique: elle se fait sur la pointe des pieds, les membres inférieurs en abduction et les genoux fléchis.

Voilà donc 5 malades qui nous ont fourni l'occasion de voir ensemble les variétés principales de pied bot varus-équin, congénital, paralytique et de la maladie de Little. Comment, en clinique, arrivera-t-on à faire le diagnostic différentiel de toutes ces formes ? Je n'insiste pas sur la paraplégie spasmodique et je m'en tiens aux deux types majeurs, congénital et paralytique.

Supposons un enfant de 4 ou 5 ans, à propos duquel nous n'avons aucun renseignement, aucun commémoratif. Il est atteint de pied bot. Celui-ci est-il congénital ou paralytique ? Trois éléments permettront au médecin de se guider :

1° D'une manière générale, le pied bot paralytique est moins résistant et oppose moins d'obstacle au redressement que le pied bot congénital ;

2° Tandis que l'équin pur est très fréquent dans le pied bot paralytique, il est, au contraire, rarissime dans le congénital (certains auteurs l'ont même nié). J'en ai observé un cas ; M. Panas dans son article du *Dictionnaire* en signale un autre, Adams un troisième. Dans 92 ou 93 % des cas, le varus-équin est le type du pied bot congénital ; c'est le contraire, l'équin-varus, pour le paralytique ;

3° Dans les pieds-bots congénitaux doubles les déformations sont presque toujours semblables des deux côtés. Habituellement, ce sont deux varus équins. Très communément, dans les pieds-bots paralytiques, elles varient d'un côté à l'autre. On rencontre, par exemple, un varus-équin et un talus-valgus ou encore une différence de degrés.

Arrivons maintenant au traitement du pied bot congénital. Il diffère suivant que l'enfant est présenté aussitôt après la naissance ou à une époque plus ou moins éloignée. Lorsque le malade a déjà 4 ou 5 ans, le pied bot est invétéré, il s'est produit dans le squelette et les parties molles des modifications qui doivent être prises en considération et changent notablement la direction de la thérapeutique.

Traitement du pied bot congénital, à la naissance.

Disons-le, de suite, il n'y a aucune raison, à ce moment, de surseoir au traitement. Je suis stupéfait lorsque j'entends des parents me dire qu'ils ont attendu sur les conseils d'un médecin. Il faut commencer la médication dès la naissance. Je ne saurais cependant tomber dans une exagération excessive et dire dès le premier jour. Il convient d'attendre un peu, de voir comment l'enfant va se nourrir et se développer. Dès qu'on est certain que la nutrition est normale, après 2 à 3 semaines, il faut intervenir, sans plus tarder.

Je conseille la méthode en deux temps. Adams, dans son livre admirable sur le pied bot, qui est un petit chef-d'œuvre d'observation, s'en montre aussi partisan. Elle consiste à ne pas vouloir corriger d'un seul coup les deux déformations, à s'adresser en premier lieu à l'enroulement du bord interne du pied, au varus, puis à l'équinisme.

La méthode par excellence est le massage fait par le médecin, car les parents, même les plus instruits, toujours craintifs lorsqu'ils entendent l'enfant pleurer, ne réussissent jamais. Vous prenez dans une main l'extrémité inférieure de la jambe, dans l'autre main la pointe du pied et, par une série de petites secousses, vous corrigez l'adduction en redressant l'angle du varus. Chaque séance durera 5 minutes environ. Le massage terminé, il s'agit de maintenir le résultat acquis, sinon ce serait un travail de Pénélope toujours à reprendre. Pour cela, j'ai l'habitude d'enrouler d'abord une bande de flanelle sur le pied, depuis la partie terminale jusqu'à la racine. Je préfère la flanelle à l'ouate, celle-ci restant plus humide protège moins bien la peau. Or il est une chose absolument capitale pour la continuation du traitement : la peau doit être intacte, sans excoriation. Toute irritation, toute solution de continuité du revêtement cutané, peut devenir une source de lymphangite et interrompre les manœuvres thérapeutiques. Je conseille les lotions alcoolisées et la poudre de riz pour fortifier et sécher l'épiderme.

Cette première bande étant roulée, j'applique une petite attelle, alternativement du côté interne et du côté externe, de façon à varier (toujours dans le même but) les points d'appui ; je fixe ensuite l'attelle avec une seconde bande. Le massage est renouvelé, matin et soir, et dans l'intervalle j'applique le petit appareil. Vous devez donc posséder un nombre assez considérable de bandes, d'attelles et de flanelles. Après 15 jours à 3 semaines de ce traitement, le pied se trouve ramené dans le plan de la jambe, l'adduction n'existe plus, le varus est corrigé.

Reste l'équinisme, second temps du traitement. Sur ce point je m'inspire des circonstances. Si le pied est assez souple je fais du massage suivant les mêmes principes ; une main sur la jambe, l'autre sur le pied, je redresse le talon.

Lorsque le massage me paraît insuffisant je m'adresse à la ténotomie. C'est une opération extrêmement simple ne demandant qu'une seule précaution, d'attaquer toujours sur le bord interne de la jambe, car à ce niveau, parallèlement au tendon d'Achille, se trouvent l'artère et le nerf tibial postérieurs. En enfonçant le bistouri sur le côté externe, l'opération étant faite sur un enfant non anesthésié, susceptible de se déplacer par un mouvement brusque, on peut blesser, en sortant, l'artère tibiale, d'où anévrysme ou lésion sérieuse de ce vaisseau. La pointe du ténotome sera donc enfoncée contre le bord interne du tendon d'Achille à deux centimètres de son insertion, à la hauteur des malléoles. Vous placez le pied en équinisme forcé pour relâcher les téguments, puis vous substituez le ténotome mousse au ténotome pointu. Il suffit alors de fléchir le pied pour que le tendon vienne de lui-même se présenter au tranchant et être sectionné.

Dans ces dernières années, sous prétexte de progrès, on a voulu substituer la ténotomie à ciel ouvert à la ténotomie sous-cutanée. Je ne vois aucun avantage à cette intervention soi-disant plus chirurgicale et j'y trouve, au contraire, des inconvénients. La plaie est plus longue et, d'autre part, j'ai observé 5 fois des cicatrices chéloïdiennes douloureuses consécutives à la ténotomie à ciel ouvert. Il convient d'abandonner une telle pratique.

Le tendon d'Achille coupé, il faut maintenir la réduction. J'emploie, pour cela, un moule de gutta-percha. Giraldès avait déjà vanté, il y a longtemps, les avantages de cette substance pour la chirurgie. D'autres praticiens l'avaient également proposée dans le traitement des fractures de la cuisse chez les nouveau-nés. Pour ma part, j'apprécie beaucoup la gutta-percha en orthopédie. Elle fournit des appareils à la fois doux et résistants non altérés par l'urine de l'enfant. Je l'emploie en lames en la ramollisant juste assez pour qu'elle prenne la forme du membre et je la fixe en la recouvrant de compresses d'eau froide qui lui donnent la dureté suffisante.

J'apprécie d'autant plus la gutta-percha que, à la vérité, les fabricants d'appareils orthopédiques ne nous fournissent guère de bons appareils adaptés aux petits enfants. En outre, vous constituez ainsi une sérieuse économie à vos clients. Vous voyez quels services vous pouvez rendre à votre clientèle et à vous-même par une étude suffisante de cette question. Au lieu d'adresser votre malade à un fabricant orthopédiste, vous le soignerez et le guérirez vous-même ; à quelle condition ? De continuer le massage et les appareils pendant des années. La gutta-percha servira jusqu'à 7 ou 8 mois. A cet âge j'emploie des bottes en cuir moulé qui ont un étrier plantaire relevé sur le côté externe. Avec ces appareils simples, sans vis, sans plaques, vous viendrez à bout des pieds bots les plus forts. Je ne connais pas de varus-équin congénital, quel qu'en soit le degré, qui ne puisse ainsi guérir.

A quelle époque fera-t-on marcher les enfants ? J'ai dit souvent et écrit qu'il fallait les faire marcher le plus tard possible, à 20 mois, à 2 ans au besoin. A ce moment, on remplace les bottes de cuir par des souliers spéciaux toujours construits sur le même type. Reste un dernier élément, l'atrophie musculaire, contre lequel il convient de lutter par le massage et l'électrisation.

Je répète que les grands appareils orthopédiques dans la cure du pied-bot sont un leurre. Avec de la persévérance, par le massage, la gutta, les bottes de cuir et enfin les souliers spéciaux, en suivant les enfants assez longtemps, jusqu'à 6 et 7 ans, au moins, vous arriverez toujours à un bon résultat.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE LÉGALE

Curieuse constatation nécropsique.

Très honoré confrère,

Je vous adresse quelques notes au sujet d'une autopsie médico-légale pratiquée récemment; j'ai observé une particularité que je crois très rare; si vous jugez le fait intéressant, publiez-le.

Homme de 26 ans, assommé le 8 mai. A la suite de l'ictus, sidération passagère, puis rentrée au domicile à pied, coucher ; le lendemain, on le trouve dans le coma qui se termine par la mort deux jours après.

Je constate une fracture longitudinale s'étendant de la bosse frontale droite à la bosse pariétale du même côté, suivant une ligne horizontale de 18 centimètres de longueur. Deux autres fractures curvilignes forment deux triangles dont le sommet se trouve sur la suture fronto-pariétale et la base commune sur la grande fracture. Le triangle supérieur mesure 5 centi. 1[?]2 à sa base et 2 c. de hauteur ; l'inférieur, plus petit, 3 1[?]2 ; ce dernier forme une esquille osseuse dont la pointe fait saillie sur la face interne.

Vaste caillot allongé de 13 cent. 1[?]2 sur 7, en forme de langue, en dehors de la dure-mère, comprimant fortement l'hémisphère cérébral droit, qui reste déprimé après son enlèvement; l'épanchement sanguin est appliqué le long du trait de la grande fracture.

A la base de la scissure de Rolando, dans le pied de la grande circonvolution pariétale postérieure, deux ecchymoses de la largeur d'une lentille, avec infiltration sanguine sous-jacente pénétrant toute l'épaisseur de la substance grise; sur la partie moyenne horizontale de la circonvolution de la scissure de Sylvius, ecchymoses présentant les mêmes caractères. Injection de la dure-mère au dessous du caillot.

Piqueté de la substance blanche.

Pas trace d'épanchement dans le tissu cérébral et dans les ventricules.

Rien d'apparent au bulbe.

Cœur sain contenant du sang noir fluide.

Estomac contenant quelques cuillerées d'un liquide épais et jaunâtre.

Foie, rate et reins sains.

Poumons. Le droit normal.

Le gauche est complètement rétracté le long de la gouttière costo-vertébrale, absolument vide d'air, il ne surnage pas ; à l'expression, pas trace de bulles de gaz. Pas de tubercules, pas d'épanchement dans la plèvre ; pas même d'adhérences anciennes.

C'est là cette particularité que je voulais signaler. En l'absence de toute plaie perforante du thorax, de toute altération des gros vaisseaux pulmonaires, il s'agit évidemment d'une paralysie du poumon du côté opposé à celui de la lésion cérébrale et déterminé par cette dernière.

Je crois le cas assez rare; aussi ai-je tenu à vous le signaler, vous laissant toute latitude, si vous devez le publier, pour écourter cette observation, en prenant la grosse substance se rattachant plus directement au fait saillant.

Veuillez agréer, etc.

Dr Dupont (de Mantes).
Membre du « Concours ».

N. D. L. R.— En remerciant vivement notre confrère de nous avoir adressé sa curieuse observation, nous constatons, une fois de plus, qu'une masse de faits de ce genre ne sont pas signalés par ceux qui les rencontrent. Nous leur réserverions pourtant le meilleur accueil. Cinq mille praticiens ont ce journal à leur disposition ; ne se doivent-ils pas de se renseigner mutuellement par lui sur les détails peu connus classiquement de la médecine journalière ?

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les droits du Préfet dans l'autorisation des remplacements

Ceci est emprunté au *Bulletin des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais.*

Nous lisons dans le *Concours médical* du 12 avril 1902 :

Monsieur le rédacteur et cher confrère.

Voici un fait :

Devant m'absenter pour affaire urgente, je cherchai dernièrement un remplaçant et en trouvai un à Lille, pourvu de ses 16 inscriptions et interne des Hôpitaux de Lille, nommé au concours.

En même temps, je demandais à M. le Préfet du Pas-de-Calais l'autorisation nécessaire.

Quinze jours après, une réponse. Refus : « Après examen, il n'est pas possible à M. le Préfet d'accueillir votre demande ». Je vais à Arras trouver ce supérieur administratif. Celui-ci, très gentil, sonne un

commis, s'enquiert et j'entendis ceci : « Nous avons reçu de la Faculté de l'Etat de Lille un avis défavorable sur M. P... (l'interne susdit), et en plus il est élève des Facultés catholiques ». (Textuel).

M. le Préfet, en me quittant ajouta : « Et Monsieur si vous ne trouviez pas de remplaçant, je me fais fort de vous en procurer un. »

A Lille, l'Interne intéressé écrit à M. le doyen de la Faculté de l'Etat pour lui demander le motif de l'avis défavorable. Pas de réponse. Il va le trouver à son cabinet et apprend que l'avis en question n'a pas été donné. « Je ne vous connais pas ! »

Tout cela, Monsieur le Rédacteur, est très grave au point de vue professionnel, et à tous les médecins de France je dédie ce récit que leur portera le *Concours*.

Veuillez agréez, etc. D. M.

N. D. L. R. — Il faut avouer que ceci dépasse toutes les bornes de la fantaisie et de l'arbitraire.

Mais, au fait, nous venons d'entrer dans la période électorale, et il est de tradition qu'à cette époque les lois soient livrées à la plus cruelle des tortures, notamment par ceux qui les font ou sont chargés de les appliquer.

Notre confrère a tort de croire que se soit là un acte de période électorale, nous connaissons au moins deux autres faits exactement semblables et qui se sont tous deux passés dans le département du Pas-de-Calais.

Nous n'avons pas parlé de ces faits, parce que les intéressés nous avaient prié d'attendre le moment opportun.

Nous exprimerons surtout un regret : c'est que ces faits se soient passés dans des régions où il n'existe pas de syndicat médical ; mais, comme ce pourrait être là un précédent dangereux, nous croyons que tous les syndicats ont le devoir d'examiner cette question :

Du droit absolu pour le praticien de choisir son remplaçant dans les conditions prévues par la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

Le préfet intervient nécessairement, mais pour voir si le remplaçant est bien dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi Chevandier, et surtout pour veiller à ce que le remplacement provisoire ne se transforme pas en une situation définitive. Dans la loi, il n'est pas question du doyen de la Faculté, mais il doit être consulté uniquement pour savoir si l'interne a bien les 12 inscriptions prévues par la loi ou l'étudiant en médecine non interne les 16 inscriptions.

Telle est la lettre de la loi et telle est la manière dont l'interprètent les commentateurs les plus compétents qui ont écrit sur la question, comme Brouardel et Morache.

D'ailleurs, le simple bon sens le veut ainsi.

Le préfet doit surveiller la stricte observance de la loi, mais il ne saurait avoir aucune compétence pour apprécier si tel étudiant est plus apte que tel autre à remplacer tel confrère.

Si la loi a des droits, il semble bien que les contribuables, qui paient les préfets, en ont bien quelques-uns aussi.

Or, ces contribuables spéciaux, que sont les malades, ont encore la prétention, que M. le préfet du Pas-de-Calais juge peut-être exagérée, de choisir leur médecin ; et lorsque celui-ci s'absente ou, malade à son tour, se voit dans l'impossibilité de soigner ceux qui se sont confiés à lui, c'est à lui, qui a été investi de toute leur confiance, qu'il appartient de choisir celui qu'il juge le plus digne et le plus capable de le suppléer.

Enfin, un malheureux médecin de campagne tombe malade, il doit confier sa clientèle, c'est-à-dire son gagne-pain, à un intérimaire ; il est au moins permis de croire qu'il lui reste le droit de choisir celui à qui il confiera ce dépôt sacré pour être assuré de le retrouver intact.

Enfin, s'il est une chose que l'humanité la plus élémentaire demande que l'on mette au-dessus des mesquines tracasseries de la politique, c'est bien la santé ; et à toute personne dont le cœur n'est pas inaccessible à tout sentiment charitable, il paraîtra cruel d'imposer un médecin, même aux miséreux qui vivent de la charité publique, et le libre choix du médecin devrait être pour tous un droit absolu, comme le droit à la vie.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de Paix de Courtenay (Loiret) (1)

2 mai 1902. M. COUANON, Juge de Paix.

Responsabilité d'honoraires des maîtres pour leur domestiques. Tarif médical régional. Rejet de prescription.

Nous, juge de paix,

Vu les articles 1 et 7 de la loi du 25 mai 1838 et l'article 2272 du Code civil ;

Vu la citation introductive d'instance en date du 30 décembre 1901, enregistrée, et notre jugement du 7 février 1902, également enregistré ;

Vu notre procès-verbal d'enquête en date du 4 avril 1902, enregistré.

Ouï le témoin dans sa déposition et les parties dans leurs explications, moyens de défense et conclusions ;

Attendu qu'en la forme, l'opposition formée par M. Desnouveaux au jugement rendu contre lui par défaut le 7 février 1902, enregistré, a été reconnue régulière, qu'il a été admis opposant au dit jugement par notre jugement interlocutoire en date du 14 mars 1902, enregistré, et qu'il en a été décidé par nous le même jour qu'il serait plaidé au fond sur les faits de la citation en date du 30 décembre 1901;

Et, statuant au fond :

Attendu que, des termes de la citation et des débats, il résulte que le docteur Lambry réclamait au sieur François Desnouveaux la somme de 30 francs pour honoraires de soins donnés à ses domestiques pendant les années 1898 et 1901 ; qu'il a reçu une somme de 2 francs, acompte versé par le sieur Viki, l'un de ceux-ci, au cours de l'instance ; qu'il y a lieu de réduire la note de ladite somme de 2 francs ; que le Dr Lambry par ses conclusions a réduit sa demande à la somme de 28 francs que M. Desnouveaux lui redoit avec intérêts et dépens ;

Attendu que le Dr Lambry a conclu en outre à la condamnation du sieur Desnouveaux à un franc pour le préjudice à lui causé.

Attendu que le sieur Desnouveaux a déclaré ne rien devoir au sieur Lambry, disant qu'il n'était pas responsable des honoraires pour soins donnés aux domestiques à son service, que le sieur Lambry n'avait qu'à leur réclamer ses notes d'honoraires à chacun personnellement, qu'au surplus il invoquait l'art. 2272 du Code civil pour bénéficier de la prescription encourue pour le solde de la note du docteur Lambry, demandant à ce que celui-ci soit débouté de sa demande et condamné en tous les dépens, y compris ceux de son opposition ;

Attendu qu'en outre le sieur Desnouveaux a demandé reconventionnellement la condamnation du sieur Lambry à lui payer la somme de cent cinquante

(1) L'abondance des matières nous avait empêché de donner ce jugement au n° 25 pour lequel il avait été annoncé.

francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice à lui causé ;

Attendu que les allégations du sieur Desnouveaux tendant à se décharger de la responsabilité sont dénuées de toute preuve ;

Qu'au contraire, il ressort des documents produits qu'il était déjà le client du sieur Lambry, qu'il a toujours payé au dit médecin les notes d'honoraires pour soins donnés aux domestiques à son service, paiements effectués par le sieur Desnouveaux le 14 mars 1891 et 24 octobre 1897 et portés à son acquit sur son compte au grand-livre du docteur Lambry ;

Que dès lors, il s'est formé entre les parties un quasi-contrat qui doit tenir lieu de convention;

Attendu qu'il a été établi par l'examen des livres du sieur Lambry que les fermiers du canton de Courtenay paient directement au médecin les soins donnés à leurs domestiques ; que cet usage est suivi également par les autres médecins du canton, ainsi qu'il résulte des renseignements recueillis par nous ;

Attendu que l'obligation de la responsabilité des maîtres, au sujet des honoraires dus pour soins donnés chez eux aux personnes à leur service, réclamée par les membres du Syndicat médical de l'arrondissement de Montargis dans le tarif des honoraires, art. 17 de la délibération du 2 août 1866 et art. 4 des règles fixant l'application du tarif de 1899, est basée sur un usage constant admis et confirmé par un arrêt du 15 novembre 1893 rendu par la Cour de Lyon, confirmant un jugement du Tribunal civil de Montbrison (affaire Faucherand contre Boutin) du 3 avril 1897, qui dit ce qui suit : « Il est d'usage que les médecins réclament le prix des soins donnés aux gens de service, non à ceux-ci mais à leur maîtres ». (*Journal du Palais*, 1899, 2e partie, page 101) ;

Que, dans son livre intitulé : « Nos petits procès Maîtres et domestiques », page 29, Carré, juge de paix du 1er arr. de Paris exprime la même opinion, et déclare que le maître n'est même pas fondé à retenir au domestique les frais de sa maladie, quand le serviteur a été traité chez lui. « Il a fait, dit Carré, un acte d'humanité non restituable » ;

Attendu qu'il résulte du procès-verbal d'enquête du 4 avril 1902 que le sieur Viki (Joseph) a déclaré dans sa déposition que c'était sur la demande de la gérante actuelle de la ferme de Préjeance, appartenant à M. Desnouveaux, qui était venue, accompagnée du sieur Marméon d'Ervainville chez son nouveau maître les lui réclamer, qu'il avait versé à celle-ci les deux francs dus pour soins au sieur sieur Lambry afin de les lui faire parvenir, et que la même gérante était revenue le trouver de nouveau le 3 avril au soir ayant appris qu'il était cité comme témoin par le sieur Lambry, son ancien patron;

Qu'il est à présumer que ces diverses démarches ont été faites par la gérante du sieur Desnouveaux sur l'ordre de celui-ci et que la somme de deux francs adressée en mandat-poste au cours de l'instance par la même, au docteur Lambry, au nom de Viki, avait été payée dans le but de faciliter au sieur Desnouveaux de soulever le moyen de la prescription (art. 2272 du Code civil), invoquée par lui pour le surplus de la créance réclamée par le docteur Lambry;

Attendu que, lorsque dans une instance où l'une des parties invoque la prescription (art. 2272 du Code civil), il résulte contre cette partie des présomptions de fraude, les juges peuvent rejeter la prescription sans être tenus de lui déférer le serment (arrêts de la Cour de Paris des 29 mars 1815, 14 novembre 1818 et 22 mars 1825) ;

Attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence constantes que la prescription de l'art. 2272 du Code civil étant basée sur une présomption de paiement, ne peut être invoquée par le débiteur lorsqu'il a reconnu expressément ou implicitement n'avoir pas payé la dette (Cassation, requête du 31 juillet 1899 ; Sirey, 1899, tome 1er, page 536) ;

Attendu que le débiteur doit affirmer avoir payé cette dette avant de pouvoir invoquer le moyen légal de la prescription (Trib. civil de la Seine du 24 décembre 1900 ; Loi du 21 mars 1901) ;

Attendu qu'aux termes des conclusions prises par le sieur Desnouveaux et de ses explications à l'audience, il est établi qu'il n'a nullement payé la note réclamée par le sieur Lambry et que notamment la phrase suivante, insérée dans ses conclusions, le prouve : « Attendu que M. Desnouveaux n'a jamais connu la situation et la réclamation qu'au moment de la tentative de conciliation et longtemps après le départ des domestiques nommés par le sieur Lambry » ;

Attendu qu'à notre audience du 18 avril dernier, au moment de la vérification des registres du sieur Lambry, celui-ci nous a présenté un carnet où sont inscrites chaque année les dates de l'envoi de ses notes d'honoraires à sa clientèle et que le nom du sieur Desnouveaux s'y trouve mentionné pour chacune des années ;

Attendu qu'il résulte également de l'examen des registres de comptabilité et de carnets de visites, que ceux-ci sont très régulièrement tenus, que les dates des dites visites correspondent exactement avec les honoraires portés au compte de chaque client et que le sieur Desnouveaux a toujours payé pour ses domestiques, après avoir dépassé de beaucoup les délais prescrits, sans invoquer la prescription (le premier compte après cinq années et le deuxième après quatre ans passés) ;

Attendu que la demande reconventionnelle de cent cinquante francs formée par le sieur Desnouveaux contre le sieur Lambry n'est motivée par aucun préjudice et qu'elle n'a été formulée que dans le but d'échapper à notre juridiction en dernier ressort, dans le cas où la décision à intervenir serait contraire au sieur Desnouveaux en réservant à celui-ci la faculté d'un appel de notre jugement;

Au regard du chiffre de la demande du sieur Lambry :

Attendu que le mémoire présenté par le sieur Lambry n'est point exagéré, qu'il y a lieu de lui adjuger le montant de sa demande après réduction faite des deux francs reçus par lui à compte au cours de l'instance ;

Attendu que la demande de un franc de dommages-intérêts formée par le sieur Lambry contre le sieur Desnouveaux est fondée sur les nombreuses pertes de temps provoquées par le sieur Desnouveaux, qui, par ses demandes réitérées de remise, ne cherchait qu'à décourager le sieur Lambry, son créancier, comptant par ces agissements obtenir de lui son abandon de l'instance ;

Attendu que la dite demande de un franc n'a rien d'exagéré et doit être admise, qu'il y a lieu dans ces circonstances d'allouer au sieur Lambry les conclusions par lui prises ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs, Nous, Juge de paix,

Faisant droit aux parties et jugeant en premier ressort, après avoir reçu Desnouveaux opposant pour la forme seulement envers le jugement par défaut rendu contre lui le 7 février 1902, enregistré, au profit du sieur Lambry ;

Au fond : faisant droit sur son opposition, réduisons à la somme de 28 francs la condamnation portée au dit jugement et stipulée à 30 francs pour honoraires de soins médicaux, réduction faite des deux francs reçus à compte par le sieur Lambry au cours de l'instance et demandée par lui ;

Statuant sur la demande reconventionnelle en cent cinquante francs de dommages intérêts formée par le sieur Desnouveaux contre le sieur Lambry, la déclarons mal fondée et l'en déboutons ;

Et statuant sur la demande de un franc à titre de dommages-intérêts formée au cours de l'instance par le sieur Lambry contre le sieur Desnouveaux ;

Admettons la dite demande, la reconnaissons fondée sur le préjudice établi par les débats et condamnons le sieur Desnouveaux à payer au docteur

Lambry la dite somme de un franc à titre de dommages intérêts ;

Le condamnons en outre en tous les dépens.

Nota. — Nous apprenons que le défendeur a interjeté appel de ce jugement.

Nous avons fait connaître au Dr Lambry, auquel l'appui du Sou médical est acquis, qu'il existe une jurisprudence aux termes de laquelle l'abus du droit d'appel peut donner lieu à une condamnation à des dommages-intérêts contre l'appelant « lorsqu'il est constaté que son appel est dénué de motifs, plus que téméraire, et qu'il a été soutenu avec obstination ». (Cass. 10 nov. 1886, Sirey 87-1-198 ; Cass. 31 mai 1881, S.83-1-446 ; Cass. 3 mars 1879, S. 81-1-351, etc.)

Accidents du travail.

EXTRAIT D'UN JUGEMENT RENDU PAR LE JUGE DE PAIX DU HUITIÈME CANTON DE MARSEILLE, EN DATE DU 14 MARS 1902.

En matière d'accident du travail, le médecin choisi par le blessé peut actionner directement le chef d'entreprise aux lieu et place de la victime.

Attendu que, par exploit de Gérard, huissier, du 25 février dernier, M. le Dr R... actionne J... et F...en paiement de la somme de cinquante francs pour divers pansements, opérations et accessoires, fournitures et soins donnés à B..., ouvrier dans l'usine, à la suite d'un accident survenu à ce dernier, à l'occasion de son travail et après sa sortie de l'hôpital, où il avait été dirigé ;

Attendu que l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 décide que les honoraires du médecin choisi par la victime seront fixés conformément au tarif de l'Assistance médicale gratuite ;

Attendu qu'il résulte des débats et de l'examen de la note de frais et honoraires produite par le demandeur que la demande est juste et fondée et n'excède pas le tarif de l'Assistance médicale ;

Attendu qu'après avoir été opéré et soigné à l'hôpital par le Dr R..., B... a manifesté l'intention de le choisir comme médecin et de continuer à être soigné par lui ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 1166 du Code civil, tout créancier a le droit d'exercer les actions de son débiteur : qu'il résulte de la loi de 1898 précitée et qu'il est de jurisprudence spéciale en matière d'accident de travail que le médecin et le pharmacien choisis par le blessé peuvent actionner directement le chef d'entreprise aux lieu et place de la victime ;

Par ces motifs,

Nous, Juge de paix, faisant droit aux conclusions des parties et statuant contradictoirement, en dernier ressort ;

Condamnons J... et F... à payer au Dr R... la somme de cinquante francs, et aux dépens.

Le jugement ci-dessus reconnaît et proclame, comme celui rendu par le tribunal de paix de Vincennes que nous avons publié et commenté dans notre n° du 21 juin, le droit du médecin, choisi par l'ouvrier, d'agir directement contre le chef d'entreprise pour le paiement de ses honoraires.

Soit qu'on trouve dans les dispositions de la loi du 9 avril 1898 la base de cette action au profit du médecin, comme l'a estimé par des motifs absolument juridiques le juge de Paix de Vincennes, soit qu'on croit utile d'invoquer en outre l'article 1166 du Code civil qui permet au créancier d'exercer l'action de son débiteur, on aboutit toujours au même résultat.

En tous cas, nous recommandons à nos lecteurs d'employer, par surcroît de précaution, la formule d'assignation que nous avons donnée dans notre numéro du 21 juin et qui présente cet avantage de fournir aux juges le choix entre les deux bases d'action.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Quest-ce que « Le Sou Médical »

Le « *Sou Médical* » est une ligue de protection et de défense mutuelle contre *tous les déboires professionnels.*

Organisation faite pour la lutte sur tous les terrains, elle reçoit de chacun de ses adhérents, pour sa défense, une cotisation d'un sou par jour (18 fr. par an) et ne *thésaurise pas.* Ses 800 membres actuels lui fournissent un trésor de guerre de 15.000 fr. par an, qu'elle dépense à gagner des procès pour le compte de ses seuls membres ou pour l'intérêt général, quand il est en jeu.

L'assurance de ses immeubles contre l'incendie rentre dans le budget du médecin dès son installation. C'est un peu de la routine.

Au train dont vont les choses, qu'il songe aussi à assurer moyennant un sou par jour, ses intérêts matériels et peut-être son honneur !

Il n'y a de force, aujourd'hui, que dans la collectivité. Le *Sou médical* en est une, et combien puissante !

Lorsque les fondateurs de l'Union médico-pharmaceutique de la région du Nord eurent conçu l'idée de jeter les premières bases de ce syndicat, ils s'entourèrent prudemment de conseils juridiques pris à des sources diverses, mais sûres.

Ils s'adressèrent tout d'abord au « *Sou médical* », dont le Conseil judiciaire, Me Gatineau, avocat à la Cour d'appel de Paris, est rompu à toutes les questions médicales professionnelles.

Une longue consultation de Me Gatineau leur était envoyée, à titre gracieux, dans laquelle il concluait à la légalité de syndicats entre médecins et pharmaciens. On connaît l'histoire : poursuites devant le tribunal correctionnel de Lille qui, en acquittant les fondateurs de l'Union, reconnaît la légalité de cette nouvelle association ; puis, jugement cassé par la Cour d'appel de Douai. Sitôt l'arrêt d'appel connu, le bureau de « l'Union » en informe le « *Sou médical* » qui répond par dépêche : Faites pourvoi en cassation, nous paierons tous les frais.

Et ces frais, retenez-le bien, chers confrères des deux professions, ces frais devaient s'élever à plus d'un millier de francs.

Après la décision de la Cour suprême qui nous condamnait sans retour, les lecteurs du *Concours médical* ont pu lire les justes réflexions qu'inspirait ce jugement à Me Gatineau, dont l'article se terminait par ces vers de Victor Hugo, dans *Marion Delorme* :

PREMIER OUVRIER

— Qu'ont donc fait ces seigneurs qu'on les tue !
— Comprends-tu cela toi ?

DEUXIÈME OUVRIER

Non, c'est de la justice !

Et pourquoi le « *Sou médical* « intervenait-il aussi activement dans cette question, toute de principe ?

Parce que, parmi les fondateurs de l'Union, il y avait des prévoyants qui versaient à cette assurance confraternelle *un petit sou par jour*.

Il faudrait un volume pour narrer tous les services que ces confrères assureurs (ce sont des médecins praticiens, Cézilly en tête, qui touchent comme bénéfices : « zéro », et dont la devise est « Dévouement à la cause médicale ») ont rendu à notre profession.

Le *Petit Praticien* se chargera de faire connaître à ses lecteurs, dans un prochain numéro, les résultats magnifiques obtenus depuis sa fondation (1898) par ce « trésor de guerre ». Il remplit aujourd'hui un devoir de pure reconnaissance, en portant au vénérable docteur Cézilly, le *premier médecin de France*, à ses collaborateurs dévoués, et à Me Gatineau, les témoignages de gratitude de tous les membres de l' « Union médico pharmaceutique. » Le S.

Syndicat médical de Lorient.

En présence de l'encombrement toujours croissant de la profession et des difficultés continuelles avec les Sociétés de secours mutuels, les médecins de Lorient se sont décidés, l'année dernière, à fonder un syndicat local, auquel les confrères des communes voisines peuvent adhérer. Le syndicat a été définitivement constitué le 15 juin 1901 par les 16 médecins de la ville et a donné, dès la première année, les résultats les plus favorables, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'énumération suivante :

Union confraternelle de tous les médecins de la localité.

Etablissement d'un tarif minimum d'honoraires et relèvement de ceux-ci.

Imposition du tarif du « Concours » à toutes les compagnies d'assurances-accidents et celui de 20 francs aux compagnies d'assurances-vie.

Poursuites contre un rebouteur condamné par le tribunal de Lorient à 100 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts.

Application du tarif ouvrier du Syndicat aux membres de la plus importante Société de secours mutuels dont les visites à l'abonnement étaient tombées au chiffre dérisoire de 0,40 centimes.

Création d'une liste officielle des mauvais payeurs avec obligation de leur refuser des soins jusqu'à règlement de leurs dettes envers leurs médecins.

Envoi semestriel des notes d'honoraires.

Commencement de lutte et de poursuites contre les médecins commis-voyageurs, qui trompent le public par des annonces fallacieuses et sont l'opprobre du corps médical.

Le premier bureau nommé le 15 juin 1901 par l'assemblée générale a imprimé une vigoureuse impulsion aux affaires du Syndicat et il y a tout lieu d'espérer que les bureaux suivants continueront le mouvement en maintenant, la bonne entente actuelle parmi tous les confrères et en veillant soigneusement à la défense des intérêts professionnels. Le Syndicat médical de Lorient a reçu neuf nouvelles adhésions depuis sa fondation et comprendra bientôt une trentaine de membres ; les résultats obtenus pendant la première année d'exercice entraînent les hésitants et montrent à tous les avantages d'une véritable union.

Syndicat médical de l'Ariège

Séance du 26 janvier 1902.

Le 26 janvier 1902, sous la présidence de M. Dunac, a eu lieu, à Foix, la réunion générale du Syndicat.

A l'unanimité, l'assemblée a renouvelé les pouvoirs au Bureau pour 1902.

Président : Dr Dunac, de Foix ;

Vice-présidents : Dr Abadie, de Sainte-Croix ; Dr Verniolle, de Pamiers ;

Secrétaire : Dr Dedieu, de Saint-Paul-de-Jarrat ;

Trésorier : Dr Pujol, de Tarascon-Ussat ;

Syndic : Dr Marrot, de Foix.

Cette décision a été prise, à l'égard du sympathique Président pour lui témoigner, à l'heure actuelle, l'esprit de solidarité du Syndicat.

Après lecture des lettres d'excuses envoyées par MM. Rumeau, de Pamiers ; Pont, de Saurat ; Carrière, de Saint-Ybars ; Lafont, de Saurat ; Cros, de Mazères ; Sylvestre, de Saverdun ; Freyche, du Mas-d'Azil, qui ont donné au Bureau pouvoir de les représenter, l'assemblée générale, très nombreuse, reprend l'ordre du jour.

Les quatre confrères : MM. Dunac, Marot, Eugène Soula. Dedieu, reçus déjà une première fois par M. le Préfet de l'Ariège, sont encore designés pour écrire à M. le Préfet afin de lui demander de vouloir bien fixer, d'une façon officielle, la date d'expiration du mandat des membres de la commission chargée de la vérification des ordonnances de la médecine gratuite, en lui faisant remarquer à nouveau combien il paraît anormal que plusieurs de ces membres aient l'avantage de reviser leurs propres mémoires ou notes d'honoraires.

Par la même occasion, ces mêmes confrères demanderont aussi à M. le Préfet la permission de prendre copie du tarif chirurgical accordé par l'administration. Communication de ce tarif sera ensuite donnée à tous les médecins syndiqués du département de l'Ariège.

L'assemblée, estimant que la moindre publicité donnée à une résolution quelconque par le Syndicat contre un médecin exposé à des poursuites correctionnelles, charge le Bureau de faire connaître, sans publicité, à tous les membres syndiqués, le nom des confrères à l'égard desquels une détermination disciplinaire aurait été prise en réunion générale.

A la suite d'un échange d'observations entre plusieurs membres, le Président du Syndicat prend la résolution d'écrire à M. le Dr Verniolle, de Varilhes, pour lui demander son adhésion plus complète et plus implicite aux statuts. Dans ces conditions, la candidature de M. Verniolle pourra être proposée à la réunion du 22 juin à Saint-Girons. M. le Dr Verniolle, de Pamiers, et M. le Dr Dunac sont chargés de l'examen des propositions de revision des statuts présentées par M. le Dr Carrière, de Saint-Ybars.

M. le Président propose au Syndicat de faire partie, en bloc, de la Société d'assurance, dite le *Sou médical* (1) Le Syndicat remet l'examen de cette proposition à la réunion de Saint-Girons et prie M. le Président de vouloir bien, en même

(1) N. D. L. R. — Ceci est impossible. L'adhésion en bloc d'un Syndicat ne peut être que la somme des adhésions individuelles de ses membres.

temps que cette question, lui donner un exposé succinct des principales œuvres de prévoyance et de solidarité médicale.

L'ordre du jour étant épuisé, l'assemblée décide de publier la liste des médecins qui font partie du Syndicat de l'Ariège.

Voici cette liste :

MM. Abadie, Sainte-Croix ; Artigues, Saint-Girons ; Auriol, Tarascon ; Bayle, Lavelanet ; Bernadac, Saint-Girons ; Bonnans, Ax-les-Thermes ; Bribes, Les Cabannes ; Cabanié (Jules), Pamiers ; Campoussy (de), Quérigut ; Carière, Saint-Ybars ; Cathala, Castillon ; Cavailhès, Mas-d'Azil, Cros, Mazères ; Cazeneuve, Saint-Girons ; Daffix, Varilhes ; Dedieu, Saint-Paul-de-Jarrat ; Delmas Laroque-d'Olmes ; Dessort, Seix ; Ducros, Saint-Girons ; Dunac, Foix ; Freyche, Mas-d'Azil ; Galy-Briulat, Massat ; Garrigou, Tarascon ; Laffont, Saurat ; Laguerre, Lavelanet ; Marrot, Foix ; Maurette, Prat et Bonrepos ; Pons, Bélesta ; Pont, Saurat ; Prat-Carrabin, Saverdun ; Pujol, Tarascon ; Rascol, Mirepoix ; Rumeau, Pamiers ; Sicre, Daumazan ; Sieurac, Lézat ; Sylvestres, Saverdun ; Sylvestre, Palmiers ; Soueix, Saint-Girons ; Soula, Mazères ; Soula (Eugène), Pamiers ; Verniolle, Pamiers.

La prochaine assemblée générale se réunira à *Saint-Girons, le 22 juin prochain.*

Le secrétaire,
Dr Dedieu.

La Souscription pour les victimes médicales de la Catastrophe de la Martinique.

6e liste.

MM. les docteurs :

Hervouët, de Paris	10 fr.
Bertin, de Gray	5 fr.
Saquet, de Nantes	10 fr.
Bourguet, de Sommières	5 fr.
Vigneau, de Salies-de-Béarn	10 fr.
Martinet, de Villenauxe	5 fr.
Eyriès, de Marseille	5 fr.
Total	50 fr.
Report des listes antérieures	1201 fr.
Total général	1251 fr.

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique. — Dans les organes qu'ils créent, nos confrères de province donnent une place de plus en plus grande aux questions d'intérêt professionnel. Nos lecteurs connaissent déjà (par d'excellents articles que nous leur empruntons en leur offrant d'ailleurs la plus large réciprocité) les journaux de Bordeaux, Lyon, Lille, Marseille, Rouen, Caen, Nantes, Alger, *L'Echo des Cévennes*, le *Dauphiné médical*, la *Fédération du Sud-Ouest*, le *Bulletin d'oculistique de Toulouse*, la *Revue médicale de la Franche-Comté*, etc... Aujourd'hui, nous souhaitons la bienvenue au *Petit Praticien du Nord* (Lille), nouveau-né venu au monde sur un champ de bataille, à la suite d'incidents auxquels fut mêlé le, *Sou Médical*, comme on l'a vu plus haut.

Ce mouvement aura certainement les plus heureuses conséquences si, dans les ardeurs de la lutte nous avons le constant souci de ne pas frapper sur les nôtres et de ne créer ainsi ni divisions ni coteries. C'est la règle que nous nous sommes imposée ici, et, qu'on nous permette de le dire, nous devons à elle seule, par l'indépendance qu'elle procure, les encourageants résultats chaque jour obtenus en faveur des intérêts moraux et pécuniaires de notre profession.

Extension de la loi-accidents à toutes les exploitations commerciales. — Dans la séance du 10 juin 1902, M. Mirman, rapporteur de la Commission d'Assurance et de prévoyance sociale, a déposé sur le Bureau de la Chambre, la proposition de loi suivante :

« Art. 1er. — Trois mois après la promulgation de la présente loi, les dispositions de la loi du 9 avril 1898 seront étendues à toutes les exploitations commerciales.

« Pendant ce délai de trois mois, les polices d'assurances accidents concernant les exploitations non encore assujetties par la loi du 9 avril 1898, et souscrites antérieurement à la promulgation de la présente loi, pourront être dénoncées par l'assureur ou l'assuré, soit au moyen d'une déclaration, au siège social ou chez l'agent local, dont il sera donné récépissé, soit par un acte extrajudiciaire.

« Art. 2. — En ce qui touche l'agriculture et les marins, la présente loi ne modifie point les lois du 30 juin 1899 et du 21 avril 1898. »

Comme on le voit, on s'apprête à faire un pas de plus, et le rapport nous apprend qu'on est bien décidé aussi, tout en exceptant cette fois encore l'agriculture, à ne pas la laisser attendre longtemps. — Attendons en serrant les rangs, nous médecins, car il y a encore des perspectives de tarif d'assistance dans toutes ces questions, et la vigilance collective s'impose plus que jamais.

Faculté et Hôpitaux.

Le Conseil supérieur de l'Université a refusé la permutation de M. Tillaux à la chaire d'anatomie qui avait été votée dernièrement par le Conseil de la Faculté de Médecine.

Il a néanmoins voté le maintien de cette chaire d'anatomie, libre par suite de la démission de M. Farabeuf, et l'a déclarée vacante.

M. Wiart, chef de clinique, commencera à la clinique chirurgicale du Prof. Tillaux, à la Charité, un cours pratique de chirurgie. Les cours seront suivis d'exercices pratiques. Ils commenceront le lundi 21 juillet à 2 heures, pour se continuer les jours suivants à la même heure. Le cours sera complet en 12 leçons.

MM. Scrini et Monthus commenceront, le lundi 28 juillet, à 2 heures, à l'Hôtel-Dieu, dans la clinique du Prof. de Lapersonne, des conférences pratiques sur les maladies des yeux, suivies de l'examen des malades et de travaux de laboratoire.

Un cours pratique d'histologie pathologique sera fait par M. Milian à partir du 4 août à 2 heures 1/4 et se continuera les jours suivants à la même heure. Pour l'inscription, s'adresser à M. Milian, 11, rue de Naples.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4827. — M. le docteur Gauthier, du Breil (Sarthe), membre du Syndicat de la Sarthe, et présenté par M. le docteur Golaz, de Parigné-l'Évêque.

N° 4828. — M. le docteur Villeneuve, de Rambouillet (Seine-et-Oise), présenté par M. le docteur Marchin de Medave, de Rambouillet.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Roux, de Chinon (Indre-et-Loire), et Sabaros, de Courville (Eure-et-Loir), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 28 12 JUILLET 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

Souscription pour les victimes médicales de la Catastrophe de la Martinique.

7e liste.

MM. les docteurs :

Gache, de Villefranche-Saint-Phal...	8 fr.
Laguens, de Castillon-sur-Dordogne.	5 fr.
Demmler, de Saint-Leu d'Esserent...	10 fr.
Mlle Demmler, de St-Leu-d'Esserent.	10 fr.
Total...	33 fr.
Report des listes antérieures...	1251 fr.
Total général...	1284 fr.

Société civile du « Concours médical ».

Séance du 26 juin 1902.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, H. Cézilly.

Le Conseil approuve la composition du numéro du journal, spécialement destiné aux Syndicats médicaux. Il enregistre avec une vive satisfaction le succès obtenu au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. le Dr Lande, sur la question des honoraires dus aux chirurgiens d'hôpitaux, pour soins aux blessés payants ; il remercie MM. Lardier, Dreyfus-Brissac, etc... qui ont appuyé si chaleureusement la proposition.

M. le Dr Jeanne fait connaître qu'il sera prochainement rendu compte, par le journal, du dépouillement des questionnaires relatifs : 1° à la modification des études médicales proposée par le Pr Mayet (de Lyon), 2° à la meilleure répartition des clientèles ; 3° à l'établissement des tarifs d'assistance chirurgicale dans les départements, en vue de l'application de la loi accidents.

Le Conseil décide la clôture de la souscription pour la Société de la maison de santé de la Plaine Monceau, dont le capital se trouve constitué.

Il laisse ouverte la souscription pour les victimes médicales de la Martinique et charge M. le Dr H. Cézilly de suivre près du *Comité Laborde, Le Dentu, Pichevin, Ducor*, les détails de l'emploi des fonds recueillis par le *Concours médical.*

Après l'avis conforme de l'assemblée génerale de la *Financière médicale*, il estime que, vu la loi du 23 mars 1902, qui modifie celle de 1898, en supprimant l'obligation pour le patron de déclarer *tous* les accidents dès le début avec un certificat médical, le nombre des certificats demandés au médecin devient désormais variable, et qu'ainsi disparaît la raison d'être du forfait pour petits sinistres.

Dans ces conditions, le Conseil est d'avis que nous n'avons plus qu'à nous faire rémunérer à cinq francs par certificat fourni, et d'après le tarif du Concours, pour les soins donnés aux victimes.

Après réponse aux questions diverses posées par les correspondants, le Conseil lève la séance.

Association amicale

Séance du 26 juin 1902.

Présents : tous les membres du Bureau, MM. Maurat, Lepage, H. Cézilly, Gassot, Jeanne, Mignon.

Admissions nouvelles.

Le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison A : MM. Sallé (Bernaville, Somme) ; Ott (Lillebonne, S.-Inf.) ; Crozat (Cléon d'Andran, Drôme) ; Seytre (Cannes, Alp. Mar.) ; Borie, (Chevanceaux, Char.-Inf.) ; Guillermin, (Chambéry, Savoie) ; Lestage, (Gradignan, Gironde) ; Figuet, (Vienne, Isère) ; Michel, (Mourmelon-le-Grand, Marne) ; Malbois, (Beni-Saf, Oran), Guitton (St-Calais, Sarthe).

Combinaison B : MM. Claverie, (Mouy, Oise) ; Léon Archambault, (Paris) ; Claudel, (Bargemon, Var) ; Boussac, (Albi, Tarn) ; Boelle (Les Montils, Loir-et-Cher) ; Arruffat (Béziers, Hérault) ; Souleyre (Oran) ; Sabadini (Alger) ; Szcypiorski (Mont-St-Martin, Meurthe-et Moselle).

Deux candidats sont ajournés.

Le nº 5 est admis à passer dans la combinaison B ; le nº 247 passe à demi-A.

Admissibilité des internes des hôpitaux.

Sur la proposition de M. le Dr Lepage, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité ;

« Le Conseil, saisi par l'un de ses membres de la question suivante : « Les internes des hôpitaux en exercice peuvent-ils être admis dans la Société ? » ;

« Considérant que les internes sont, comme les docteurs en médecine et les officiers de santé, chargés de fonctions médicales bien déterminées ;

« Que le droit à l'indemnité s'établirait pour eux sur cette base très sûre : l'impossibilité, constatée par le chef de service, de remplir leurs fonctions, pour cause de maladie ou d'accident ;

« Décide que, s'ils remplissent par ailleurs les conditions de santé, de nationalité ou de naturalisation, et s'ils s'engagent, quand ils ont moins de 25 ans, à payer la cotisation de cet âge, les internes des hôpitaux pourront être admis dans la Société, dès qu'ils seront entrés dans les rangs de l'Association générale des médecins de France ».

Indemnités du trimestre.

Le conseil vote ensuite les indemnités pour incapacité de travail.

Nos			francs.
1	3	mois 1/2 B	150 »
11	23	jours (chronicité)	76 60
36	8	jours	80 »
49	60	jours 600 »	730 »
	+ 39	jours 129.97	
50	9	jours	90 »
63	36	jours	360 »
72	30	jours	300 »
74	15	jours	150 »
80	3	mois	300 »
87	7	jours	70 »
106	29	jours	290 »
113	9	jours (chronicité)	29 95
149	5	jours	50 »
150	3	mois	300 »
208	36	jours	360 »
209	4	jours	40 »
226	4	jours	40 »
238	3	mois	300 »
244	3	jours	30 »
256	10	jours	100 »
260	3	jours	30 »
268	3	mois	300 »
272	5	jours	50 »
309	23	jours	230 »
316	14	jours	140 »
358	3	mois	300 »
362	3	mois	300 »
372	3	jours	30 »
383	33	jours	330 »
389	6	jours	60 »
398	25	jours	250 »
430	3	jours	30 »
456	34	jours 340 »	443.30
	31	jours de chronicité 103 30	
461	7	jours	70 »
488	3	mois	300 »

FEUILLETON

Trève de jérémiades !

Il me semble qu'on crie vraiment trop misère, dans le clan médical, et que ce manque de retenue, quelque justifiées que soient les doléances, ne peut qu'être préjudiciable à la corporation (1).

Le public est ainsi fait qu'au lieu de se montrer plus généreux, ou se hâter de s'acquitter, dès qu'il saura que vous êtes dans le besoin, profitera de la circonstance pour être encore plus ladre que par le passé et ne plus avoir aucun égard : C'est un sans le sou, dira le parvenu du coin ; et moi qui croyais que c'était un médecin bien posé, ayant de la surface, offrant des garanties. Comment avoir confiance en ce pelé, ce tondu, qui n'a pas su amasser de quoi faire vivre les siens ?

Il n'y a rien d'exagéré dans ce que j'avance ; c'est l'impure vérité, dans toute sa laideur.

Comment s'étonner d'ailleurs que nos contemporains se montrent défiants, lorsque les médecins sont si prompts eux-mêmes à voir d'un œil peu bienveillant ces confrères sans fortune, qui, sur les deux rives, la gauche d'abord, la droite ensuite, n'ont cessé de tirer le diable par la queue.

Ils ont eu beau travailler comme des bénédictins (mieux vaut ne pas parler des congrégations), ou des bûcheurs, qui ne se reposent même pas le septième jour, leur passé loqueteux les poursuit comme une tare ineffaçable.

J'ai connu un médecin de ville d'eaux, aujourd'hui défunt, qui se donnait un mal énorme pour conduire l'eau au moulin Il obsédait les praticiens de la capitale et d'ailleurs de ses visites, sollicitait sans trève leur bienveillance, sans qu'un résultat appréciable correspondît à tant d'efforts. — Son aspect était sympathique et il aurait dû réussir. Je crois avoir trouvé la raison de l'indifférence générale dans ce fait qu'il ne cessait de parler de sa situation précaire et de ses charges de famille. Il avait probablement espéré attendrir, de la sorte, les cœurs les moins expansifs ; mais c'était une raison, au contraire, pour ne pas se souvenir de lui, pour l'abandonner à son triste sort, au lieu de lui venir en aide, d'abord à cause de ses mérites personnels et ensuite parce qu'il n'était que trop vrai qu'il avait des enfants à élever et un certain décorum à garder.

C'était naïf de sa part de croire qu'on allait s'apitoyer sur son sort et lui tendre une main secourable. — Il en aurait été tout autrement, il n'y a pas à en douter, s'il avait mené un train plus luxueux, s'il s'était souvenu, en un mot, du dicton quelque peu désespérant, qui prétend qu'on ne prête qu'aux riches.

La plupart des clients, dont l'âme n'est pas de première qualité et qui ne sauraient rien entendre

(1) *N. D. L. R.* — On parle ici de chaque praticien, en particulier, dans la vie journalière.

501	3 mois		300 »
510	27 jours		270 »
522	7 jours		70 »
539	23 jours		230 »
555	39 jours		390 »
574	23 jours		230 »
607	18 jours		180 »
611	19 jours		190 »
652	12 jours		120 »
668	6 jours		60 »
676	7 jours		70 »
677	7 jours		70 »
680	31 jours		310 »
732	11 jours		110 »
757	4 jours		40 »
763	60 jours	600	620 »
	6 jours de chronicité	20	
769	13 jours		130 »
808	14 jours		140 »
	Total		10.239.85

LA SEMAINE MÉDICALE

La pelade du cuir chevelu.

Voici quel est, actuellement, le traitement préconisé par M. le Dr *Hallopeau* contre la pelade du cuir chevelu :

1° Chaque jour, savonnage à l'eau chaude ;
2° Lotion au tétrachlorure de carbone purifié ;
3° Friction avec :

Alcool	300 grammes
Alcoolat de lavande	30 grammes
Essence de térébenthine	60 grammes
Camphre	60 grammes
Sublimé	0 gr. 50.

4° Après épilation des cheveux massués, badigeonnage avec le crayon suivant :

Chrysarobine	3 gr. 50.
Paraffine / Beurre de cacao	ãã 2 gr. 50
Soufre précipité	0 gr. 50
Résorcine	1 gr. 50

ou s'il se produit trop d'inflammation, avec :

Acide phénique cristallisé	9 parties.
Alcool à 95°	1 partie.

Enlever l'excès de l'acide phénique à l'aide d'une lotion à l'alcool à 95°.

Ou encore : *teinture de cantharides*, ou *crayon d'huile de croton*, de 2 à 10 %.

Guérison des verrues par la suggestion

On a préconisé, pour guérir les verrues, différents topiques caustiques, tels que le nitrate d'argent, l'acide nitrique, l'acide chromique pur, et, de fait, ces différentes substances donnent souvent de bons résultats ; mais, les psychiâtres ont expérimenté, pour guérir les verrues, une autre méthode, celle des sorciers et des somnambules, la *suggestion hypnotique*, et voici les résultats de leurs recherches, exposés à la Société d'hypnologie :

M. Haeberlin (de Hambourg) rapporte plusieurs cas de verrues guéries par des procédés populaires, superstitieux ou empiriques, tels que attouchements, prières, etc.

M. Paul Farez. — Ces diverses recettes n'ont aucune efficacité en elles-mêmes; elles agissent par suggestion indirecte, à la faveur de la confiance que le porteur de verrues accorde aux dits remèdes. La preuve en est que, sans aucun attouchement, la suggestion hypnotique fait disparaître les verrues. Témoin un cas où quatre séances de suggestion hypnotique ont eu raison d'une verrue qui datait de 2 ans.

M. Berillon. — Une femme de Lausanne a guéri un nombre considérable de verrues, en les touchant avec la chemise d'une femme qui venait

---

à une vie faite de noblesse et d'abnégation, agissent de même : ils n'osent pas marchander, dans un cabinet élégant, dans une demeure confortable, et observent bien mieux les ordonnances qui en viennent que les prescriptions issues d'un milieu plus modeste ; leur esprit de critique est muselé par l'admiration du décor et des objets ambiants, par les apparences et le train de la maison. Ils accordent plus volontiers leur fille à quelqu'un qui représente, qui leur en impose, n'eût-il aucun château en Espagne ou dans la banlieue, qu'à un brave garçon, beaucoup plus méritant, mais qui ne sait pas leur jeter de poudre aux yeux.

Les légitimes épouses de ces parvenus exagèrent encore la note et s'attachent tout particulièrement à l'extérieur ; leurs sympathies sont d'avance acquises à celui qui sait s'habiller ou possède un attelage fringant. — Elles ne se gênent nullement, en revanche, pour raturer les notes d'honoraires, pour les alléger, lorsqu'elles sont dûes à quelqu'un qui est sans surface et sans fortune.

Il y aurait même imprudence à regimber et à mettre les malotrus à leur place ; ils s'empresseraient, après avoir été rappelés au sentiment des convenances, d'aller se plaindre en sortant de chez vous et de vous vilipender dans le cercle de leurs relations.

Il se rencontrera toujours des gens, qui apprendront avec volupté, que vous êtes dans une situation inférieure à la leur et qui ne perdront pas une occasion de vous le faire sentir.

Il n'y a pas de cérémonies à faire, morbleu, avec la misère famélique, aux vêtements étriqués, aux membres grelottants.

Le regretté docteur Le Baron a raconté qu'il avait eu l'occasion d'entendre un malade, plus riche d'écus que de bon sens, faire la réflexion suivante : « Médecins de pauvres, médecins de mutualistes, petits médecins ».

« A nous de réagir, ajoutait-il, et de modifier, sur ce point, l'esprit public. Pour cela, ne sollicitons jamais les postes infimes, où nous ne recueillerions ni profit, ni considération. Si l'on nous offre le service médical d'une Société de secours, à des conditions dérisoires, sachons dignement refuser.

« Si nous acceptions comme honoraires l'aumône qui nous est offerte, ceux qui nous sollicitent, les talons une fois tournés, ne manqueraient pas de nous dire que nous devons être bien besoigneux pour accepter de telles conditions. Et le jour où ils laisseraient la parole ou la plume à quelque subordonné inhabile à déguiser ses sentiments, celui-ci nous montrerait, dans sa brutale franchise, qu'en réalité, on nous met sur le même rang que les autres fournisseurs. »

Donc, si vous m'en croyez, mes chers amis, gardez vos mécomptes pour vous, ne divulguez pas les coins noirs qui sont en vous, le déficit de votre budget ou les difficultés que vous éprouvez à joindre les deux bouts. Même entre copains, entre camarades, sachez vous abstenir, à la façon de Cyrano,

d'avoir ses règles. Bonjour (de Lausanne) les guérit couramment par un attouchement quelconque après avoir bandé les yeux du sujet. Gibert (du Havre) les guérissait par intimidation. Moi-même par l'hypnotisme j'ai obtenu une dissociation curieuse : chez un individu porteur de verrues aux deux mains, j'ai par suggestion supprimé les verrues de la main gauche, tandis que les verrues de la main droite sont restées intactes.

M. Macris (d'Athènes). — En Grèce, on obtient de semblables guérisons en récitant des prières consacrées, mais il est indispensable que cela se passe le soir de la pleine lune.

M. Lepinay. — Les empiriques de nos campagnes guérissent les verrues, non seulement chez les humains, mais aussi chez les animaux, par des prières spéciales, des attouchements, des piqûres avec des épines spéciales.

M. Paul Magnin. — Les verrues qui guérissent le plus aisément par la suggestion sont celles qui saignent très facilement, c'est-à-dire les plus vasculaires. Si l'on se rappelle que la suggestion produit tous les degrés de la rubéfaction, jusque et y compris la vésication, on comprendra qu'elle réalise des actions vaso-motrices suffisantes pour provoquer la disparition des verrues.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Dieulafoy.

L'appendicite, toxi-infection.

Messieurs. Depuis longtemps déjà, je n'ai pas eu l'occasion de vous parler de l'appendicite. Je vais profiter aujourd'hui de ma dernière leçon du semestre d'été pour revenir sur cette question qui, vous le savez, m'est particulièrement chère.

Le 2 juin, soit il y a 12 jours, M. Marion, qui dirige, en l'absence de M. Duplay, la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, me pria de venir examiner, dans son service, un cas qu'il intitule lui-même médico-chirurgical. J'arrive au lit du malade et je vois un homme de 22 ans dont le facies terreux et blafard me donne d'emblée une mauvaise impression. La température 39°8 la veille, jour de l'entrée, était ce matin-là tombée à 37 °. L'affection avait débuté 3 jours auparavant, dans la nuit du 29 au 30 mai, par des douleurs abdominales assez vives. Le 29, le patient ne se plaignait de rien et, après avoir déjeuné et dîné d'excellent appétit, s'était couché comme d'habitude absolument bien portant. Il s'était réveillé vers 2 heures du matin avec des douleurs sous-ombilicales d'intensité modérée encore. Le matin du 30 mai, il se lève, essaye de travailler, mais la réapparition des souffrances l'oblige à rentrer chez lui. Il ne dîne pas et se met au lit. Il n'a pas de vomissements, pas de nausées, et il prend même une tasse de lait qu'il garde. Dans la nuit, l'acuité des douleurs s'exagère. Le 31, dans la matinée, on administre un lavement qui donne deux garde-robes. Toutefois, ne se sentant pas bien, le malade fait venir un médecin qui, pensant à une appendicite, conseille le transport immédiat à l'hôpital.

En résumé, cet homme a été pris au cours d'une bonne santé, brusquement, la nuit, d'une douleur abdominale qui, assez rapidement, quoique peu à peu, a augmenté d'intensité au point de devenir extrêmement intense, sans vomissements, ni constipation. Ceci n'est assurément pas le tableau classique de l'appendicite aiguë, laquelle s'accompagne généralement de nausées, de vomissements et d'arrêt des matières fœcales. Toutefois, ne l'oubliez pas, à côté de ce tableau classique, il existe des exceptions multiples, aussi nombreuses que la règle, dans lesquelles vous verrez des appendicites franchement aiguës sans vomissements et avec des garde-robes.

Un malade dans ces conditions doit être examiné lentement, en prenant son temps, sinon le médecin ne saurait faire de la bonne séméiologie. Chez le patient de M. Marion, nous avions

---

qui jouait l'indifférence et laissait croire qu'il avait pris part à des repas exquis, alors qu'il n'avait rien mangé depuis la veille.

C'est aux compagnes des médecins, qu'il faut surtout recommander la discrétion ; elles ne savent pas cacher la vérité, fût-elle pénible pour leur amour-propre. Elles font connaître à tout venant la parcimonie de leur ménage et leur anémie financière. Elles sont navrées de ne pouvoir rivaliser avec leurs voisines et finissent, dans leur dépit, par décrier leur seigneur et maître, lequel manque de sens pratique et n'a pas su les entourer de bien-être.

Lorsque la bombe aura éclaté, la séance de débinage continuera jour et nuit. Les mauvais propos seront colportés, au détriment de votre prestige. Qu'ils arrivent à l'oreille d'adversaires politiques ou de simples mécontents et je vous laisse le soin de supputer jusqu'à quel point vous serez honni : « Qui aurait cru, ma chère, que le docteur fût un panier percé et qu'il n'ait rien pu ramasser pour ses vieux jours ? Il doit avoir une intrigue quelque part, des vices coûteux, pour que l'argent lui glisse ainsi entre les doigts. C'est honteux, ma parole, et je n'ai plus aucune confiance en lui.

— Quant à moi, ajoutera une autre commère, je le croyais avare, ça vaudrait même mieux pour lui que de ne savoir rien garder. — Je n'ai jamais bien vérifié ses notes jusqu'à ce jour ; mais, dorénavant, je vais les éplucher avec attention, pour ne pas être sa dupe. — C'est insupportable d'être exploitée. »

Pour un peu, on vous jugerait digne de l'échafaud et on vous donnerait au diable, avec l'arrière pensée de lui faire un cadeau de mince valeur.

Voilà le plaisir, Messieurs, voilà la considération qui vous attend, les joies qui vous sont réservées.

Si encore, en se plaignant sans trêve, on pouvait détourner quelques jeunes gens d'étudier la médecine ; mais ceux-ci, comme leur famille, ne veulent rien savoir ; ils sont hypnotisés par les succès de ceux qui ont réussi (*rari nantes in gurgite vasto*) et se refusent à constater la détresse du plus grand nombre. Les exceptions seulement les attirent et ils comptent bien être parmi les élus, ils seront les condamnés aux travaux forcés à perpétuité, encore plus que les relégués de dame Thémis.

Je conclus en disant que ceux qui gémissent dans les affres de la gêne doivent dissimuler leur infortune, dans la mesure du possible, qu'ils n'ont qu'à perdre à laisser transpercer leur misère.

Qu'ils se drapent fièrement dans leur dignité, sans rien attendre d'un tas de pleutres qui ne les valent pas, qui sont sans culture et sans affinement moral.

Détournez les yeux, levez-les en haut, loin, bien loin de la boue qui est à vos pieds ; ce sera déjà un allégement et vous pourrez ensuite opposer une plus forte dose de résignation ironique à la bêtise de vos semblables, comme aux iniquités de l'existence !

Dr Grellety (de Vichy).

acquis déjà un premier point. La douleur n'avait pas eu d'emblée son maximum, elle n'était devenue très violente que progressivement, en trois jours. Le ventre n'apparaissait pas rétracté comme il l'est dans la péritonite par perforation de l'intestin ou de l'estomac. Il était plutôt un peu saillant. Le palper abdominal, dans un cas semblable, doit être effectué doucement, sous peine de ne pas percevoir des nuances délicates de première importance. Je répète ici ce que j'ai souvent dit pour la pleurésie : lorsque l'épanchement pleural est modéré et n'atteint que 7 à 800 grammes, une percussion violente est une source d'erreurs ; de même, la recherche des vibrations thoraciques, en faisant compter le malade à trop haute voix, est également trompeuse. Pour l'abdomen, si vous palpez fort, la douleur semble généralisée. Allez, au contraire, avec délicatesse, appuyez légèrement sur la peau et ainsi vous n'aurez même pas besoin de questionner le malade ; regardez-le, cela suffit. Palpez légèrement à gauche, le patient ne bronche pas ; au creux épigastrique, rien non plus. Arrivez maintenant à la région cæco-appendiculaire (la douleur de l'appendicite ne siége pas en un point unique, mais sur une surface plus ou moins large), regardez le malade, il a un soubresaut, sa figure exprime la douleur.

Bien souvent, le diagnostic d'appendicite sera basé sur ces nuances. Le ventre peut être sensible partout, néanmoins un palper bien fait, pratiqué avec une douceur suffisante, montrera, sans interroger le patient, la partie atteinte, la fosse iliaque droite, la région cæco-appendiculaire.

Ce n'est pas tout. Prenez un crayon et recherchez avec sa pointe l'hyperesthésie cutanée. Vous effleurez la peau abdominale à gauche et vous apercevez de petites contractions des réflexes musculaires légers. Vous arrivez à la région cæco-appendiculaire, le réflexe devient immédiatement plus violent et comprend non seulement les muscles abdominaux, mais encore ceux de la cuisse et du scrotum.

Le palper donne également d'autres notions. Tandis que sur les points non malades la paroi abdominale reste souple, dans la fosse iliaque droite, le muscle durcit, se contracte et donne la sensation d'une feuille de carton ; il y a défense musculaire. Ainsi donc, d'une part, le maximum de la douleur, d'autre part l'hyperesthésie et la défense musculaire, voilà plus qu'il en faut pour affirmer l'appendicite.

Chez notre malade, une fois ce diagnostic posé, restait à savoir l'importance de la lésion appendiculaire. La température était tombée à 37°, de plus il n'avait aucun vomissement et les garde-robes persistaient. Etait-il donc en train de refroidir son appendicite ? Etait-ce bénin, son affection, maintenant ? Eh bien ! telle n'a pas été mon opinion. Tout d'abord, la gravité d'une appendicite n'est pas nécessairement en rapport avec la fièvre, les vomissements et les douleurs. Celles-ci peuvent être modérées, les rejets stomacaux peuvent manquer et la fièvre rester légère avec une appendicite, malgré cela, très sérieuse. Le malade de M. Marion était au 4e jour. En dépit de ses 37° de fièvre, mon avis a été le suivant : cas grave, gangrène de l'appendice, intoxication intense.

Avant de poursuivre cette observation, je désire revenir sur certains points particuliers de l'histoire de l'appendicite. Vous avez vu le début de l'affection se faire ici en 2 à 3 jours et n'atteindre qu'à ce moment son summum de douleurs. Il en est toujours ainsi, et *toujours* je l'ai vue commencer de cette manière. On a dit et on admet, classiquement, que l'appendicite s'annonce brusquement, d'emblée, par une vive douleur, un coup de pistolet (Roux, de Lausanne), un coup de poignard abdominal. Je m'inscris en faux contre le coup de pistolet et le coup de poignard. Ceux qui l'ont décrit n'ont pas fait une bonne séméiologie, car jamais l'appendicite ne se déclare ainsi. La douleur se montre pendant deux, quelquefois trois jours, avant d'atteindre son maximum d'acuité. Le terme de coup de poignard abdominal doit être réservé à la perforation intestinale qui, elle, débute bien avec cette allure. Exemple : un homme se promène bien portant dans la rue, tout à coup, il s'affaisse et tombe dans les bras de personnes voisines ; c'est une perforation du duodénum. Le début brusque, absolument brutal, intense, ne regarde jamais l'appendicite. Ceci a son intérêt ; si, en particulier, on fait partir le début de la maladie du moment où les souffrances ont leur acuité maximum, on déclare opérer le malade le premier jour, alors qu'il est en réalité, au 3e ou 4e jour.

De par les caractères de la douleur, de par l'ensemble symptomatique, notre malade n'était pas atteint de perforation intestinale. Il nous fallait également éliminer les péritonites à pneumocoques et à streptocoques primitives. Dans la péritonite à pneumocoques, la douleur (point de côté abdominal) est vive d'emblée, elle atteint son maximum en quelques heures comme dans la pneumonie, elle s'accompagne, en outre, de frissons et d'une fièvre immédiatement élevée 39°,40°. Au 3e ou 4e jour il s'y joint une diarrhée bilieuse, ocreuse, 6, 8, 10 garde-robes en 24 heures. Il n'y a pas de douleur particulière au point de Mac-Burney, ni de défense musculaire. Quant à la péritonite à streptocoques, elle se caractérise par un état de profonde infection, une déchéance telle que, parfois, la mort survient en 24 à 30 heures.

Pour toutes ces raisons, nous avons éloigné les péritonites primitives à pneumocoques, à streptocoques et les perforations de l'intestin. Nous étions en face d'une appendicite et probablement (en raison du facies altéré du patient) d'une gangrène de cet organe. L'opération fut décidée séance tenante, puis pratiquée une heure après. L'abdomen incisé, on arrive sur le péritoine : il n'y a pas de péritonite généralisée, pas de fausses membranes, ni d'agglutination des anses intestinales. La péritonite était réduite pour ainsi dire à son minimum. On trouve un petit abcès rétro-cæcal circonscrit et un appendice ecchymosé et gangréné sur les deux tiers de sa longueur.

J'avais demandé l'examen des urines. Elles contenaient 50 centigrammes d'albumine et des pigments biliaires. Je fis alors cette réflexion : gangrène de l'appendice, infection appendiculaire, rein et foie intoxiqués, ce qui signifiait malade gravement touché, peut-être frappé à mort. Et j'ajoutai devant mes élèves : surveillez ce qui va se passer, s'il ne survient pas des vomissements noirs, ce vomito negro si grave que nous avons longuement étudié ici.

Les jours suivants, le facies restait mauvais, terreux, toxique ; l'albumine diminuait légèrement, mais les pigments persistaient. Bientôt la respiration s'embarrassa ; le vomito negro appendiculaire, lequel ne pardonne pour ainsi dire jamais, apparut et le malade succomba.

De quoi et pourquoi est-il mort ? Je ne crois pas qu'il y ait à l'heure actuelle d'autopsie aussi concluante et aussi probante. En réalité, on trouva très peu de péritonite, pas davantage qu'il en existait lors de l'opération ; tout au plus un peu de liquide dans le petit bassin. Le sujet n'était donc pas mort de péritonite, ni d'infection. De quoi alors ? Il avait eu de la toxémie, du vomito negro et il avait succombé intoxiqué. Son foyer appendiculaire avait fabriqué ces toxines terribles que nous connaissons bien actuellement, dont pendant la vie le passage dans le foie, les reins et l'estomac s'était traduit par des pigments urinaires, de l'albuminurie, du vomito negro. Nous devions en trouver les traces à l'autopsie. Et, effectivement, reins, foie et estomac étaient altérés. A les voir, les reins semblaient presque normaux, de volume ordinaire et facilement décorticables, mais l'examen histologique révélait un état granuleux et trouble des épithéliums, une néphrite toxique. M. Brault, auquel ils furent montrés, nous dit que leur apparence était celle d'une intoxication phosphorée aiguë. L'agent toxique n'était pas le phosphore, mais la toxine appendiculaire. Le foie offrait une dégénérescence granulo-graisseuse de même apparence et de même nature. L'estomac était le siège de dilatations capillaires analogues au purpura.

Voyons maintenant l'intérêt de cette observation. De quoi est mort le malade ? Est-ce de péritonite ? Non. Je ne prétends pas que la péritonite n'a eu ici aucun rôle et ne joue dans l'appendicite en général qu'un rôle secondaire, mais je veux insister sur ce fait que les chirurgiens qui connaissent uniquement la péritonite s'égarent. C'est parce que j'ai vu, un grand nombre de fois, des malades mourir pendant qu'on laissait refroidir, sans l'opérer, leur appendicite, que je ne comprends pas certains articles de journaux intitulés : « Faut-il opérer à chaud ou à froid l'appendicite ? » J'y lis les résultats suivants : sur 50 malades opérés à froid, 48 guérisons ; sur 50 opérés à chaud, 15 ou 16 morts. Conclusion, opérez à froid. Un tel raisonnement est enfantin et ne soutient pas la discussion. D'abord sur 50 opérés à froid, 1 décès, c'est 1 décès de trop ; il ne fallait pas opérer, puisqu'à ce moment les malades vont bien. Maintenant, pour les opérés à chaud ; 15 décès, vous dites. Mais, pardon, avant de comparer, comptez les malades non opérés, qui sont morts. Enfin, parmi ces malades opérés à chaud, combien d'entre eux l'ont été à temps, dès le premier jour. Considérez-vous comme le début le maximum de la douleur, mais c'est le 3e, quelquefois le 4e jour. A ce moment, le foyer appendiculaire n'est plus seul en cause, il y a l'intoxication à laquelle vous ne prenez peut-être pas garde, mais qui existe et frappe le rein, le foie, l'estomac, les poumons, etc. Avant de laisser refroidir l'appendice avez-vous examiné les urines ? Les statistiques présentées dans de semblables conditions sont sans portée.

J'espère que, avant longtemps, je présenterai la question devant une autre tribune. En résumé, en matière d'appendicite, deux choses dominent : d'abord, l'accident immédiat, l'infection du péritoine, le seul trouble morbide que certains veulent voir et connaissent. Ils surveillent le péritoine, l'abcès, la température et c'est tout. Ensuite l'intoxication appendiculaire qui se révèle par le facies terreux du patient, l'albuminurie, les pigments biliaires et le vomito negro.

Conclusions :

1° L'appendicite est une des plus terribles des toxi-infections. Il faut l'opérer, sans retard, avant les progrès de la toxémie.

2° Se laisser hypnotiser par le péritoine, c'est méconnaître le côté le plus important peut-être de la maladie, l'intoxication appendiculaire, si grave. Le commencement de la sagesse n'est pas la crainte du péritoine, mais celle du foyer appendiculaire.

3° Attendre pour opérer à froid est une formule basée sur des conceptions erronées, contraires aux données de la clinique. Elle conduit les malades à la mort.

4° Tout malade opéré à temps est un malade sauvé. Tout malade opéré trop tard est exposé à la mort.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

L'asthme infantile.

L'asthme chez les enfants n'est guère admis que depuis Trousseau, qui lui-même reconnaît l'avoir quelquefois confondu avec la broncho-pneumonie. Après lui, Hyde Salter en Angleterre, Moncorvo, Parrot et Politzer en rapportent des observations ; Germain Sée en décrit les accès dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, puis, en 1885, en cite 42 cas dans le *Journal de Thérapeutique*. Le professeur Bouchard et, plus tard, Brissaud, Grancher, Dieulafoy et Comby le cataloguent et le considèrent comme une manifestation de l'arthritisme.

Il n'existait pas jusqu'à ce jour de monographie de l'asthme infantile. Le Dr J. Lemonnyer (de Cérences), a comblé cette lacune en choisissant pour sujet de thèse le problème de l'asthme chez les enfants, qu'il a étudié sous les différents rapports de l'étiologie, de la symptomatologie et de la clinique, du pronostic et du traitement avec nombreuses observations à l'appui. Inspiré par Comby, ce travail est de ceux qu'on analyse au passage.

I

L'enfant asthmatique a le plus souvent, parmi ses ascendants, des asthmatiques, des obèses, des migraineux ou des eczémateux, des arthritiques en un mot ; parfois, un des parents est épileptique, hystérique ou aliéné, c'est-à-dire neuro-arthritique. A noter dans les observations recueillies par Comby et J. Lemonnyer la fréquente concordance de l'asthme et de l'eczéma, dont la parenté a pourtant été niée par Hardy. Contrairement à l'opinion de Hardy, Ch. West a cité des crises d'asthme succédant à des poussées d'eczéma ; Raynaud, en 1876, a rapporté des

observations de malades chez lesquels un eczéma, une poussée urticarienne qui venaient à disparaître étaient aussitôt remplacées par des accès de dyspnée asthmatiforme. Dúclos, de Tours, Germain Sée et H. Neville Taylor ont vu chez les mêmes malades coïncider l'asthme et l'eczéma, ce qui semble prouver qu'ils ont des rapports nosologiques très étroits. C'est la doctrine de l'arthritisme si vaillamment défendue par Bouchard : l'eczéma étant un exutoire de la diathèse, si cette porte de sortie vient à être supprimée elle est remplacée par un nouvel exutoire, l'accès d'asthme. On reconnaît dans ce système la vieille théorie des métastases qui restera debout tant qu'on aura pas su la remplacer par une autre plus satisfaisante.

II

Le diagnostic a beaucoup d'importance puisque de lui découle le traitement qui, bien dirigé, aura une grande influence. Si Trousseau s'y est trompé, c'est que ce diagnostic présente quelque difficulté surtout quand, suivant l'habitude, le premier examen n'a lieu que le lendemain ou plusieurs heures après le début de l'accès.

Chez l'adulte, remarque J. Lemonnyer, la crise débute brusquement, sans prodromes, presque toujours la nuit, tandis que, chez l'enfant, l'accès a lieu aussi bien la nuit que le jour ; il a une allure souvent périodique, revenant souvent aux mêmes heures, et les crises vont en s'affaiblissant. Mais un fait absolument particulier à l'asthme infantile, c'est qu'un beau jour il disparaît complètement pour ne plus revenir ou, du moins, la diathèse change de manifestation, tandis que l'asthme de l'adulte persiste souvent jusqu'à la mort.

L'enfant est bien portant ; une émotion, un chagrin, une promenade un peu fatigante, provoquent l'accès ; c'est à peine si quelquefois, dit Descroizilles, on peut noter quelques chatouillements prémonitoires du côté de l'arrière-gorge. Le début est donc brusque; la face du petit malade devient rouge, cyanosée ; l'oppression est forte, et l'on note alors chez l'enfant un symptôme d'une grande valeur, en discordance avec ce que nous avons chez l'adulte : la fréquence des mouvements respiratoires. De là des confusions avec la broncho-pneumonie d'autant plus excusables que Politzer et Trousseau ne les ont pas toujours évitées. Des observations de Bayet et de Chaussier, il appert que, plus l'enfant est jeune, plus la respiration s'accélère et qu'à mesure que l'enfant grandit l'accélération se modère d'autant, ce qui permet d'expliquer une transition vers la crise de l'adulte.

Le petit malade, en état de mal, semble devoir asphyxier, quand, plus ou moins subitement, on voit les inspirations devenir plus longues, les mouvements respiratoires plus amples, la face reprendre sa coloration et la toux réapparaître. Le pouls est à 110 ou 120 ; la percussion de la poitrine est sonore ; le thorax bombe en avant et en arrière ; le foie est refoulé. Si l'on sait apprendre à l'enfant à expectorer, ainsi que le recommande Le Gendre, on recueille des mucosités au milieu desquelles se trouvent les crachats perlés de Laënnec.

Voilà décrit l'accès typique, qui dure de une à cinq ou six heures. A côté de lui, il convient de mentionner : 1° des petits accès qui ont été signalés par Bayet et qui peuvent passer presque inaperçus ; 2° des formes frustes d'asthme torpide dont deux observations ont été publiées, en 1895, par Moncorgé. Dans un cas comme dans l'autre, que la crise soit brusque, fébrile, avec dyspnée et manifestation bruyante, ou bien qu'elle soit torpide et sans fièvre, il est un symptôme d'une très grande importance pathognomonique, ce sont les *râles musicaux*, fuyants, inconstants, sans localisation fixe et qui permettent, à coup sûr, de différencier l'asthme infantile d'avec la coqueluche, la laryngite striduleuse, la bronchite, l'adénopathie trachéo-bronchique et la broncho-pneumonie.

Il convient aussi de ne pas confondre l'asthme infantile essentiel avec l'asthme nasal résultant de rhinite, de coryza, de la présence de poussières ou d'un corps étranger, de l'existence de polypes ou de végétations adénoïdes. D'où l'obligation de toujours examiner les fosses nasales des petits malades. L'œdème de la glotte peut être encore une cause d'erreur. Il existe enfin un asthme dyspeptique décrit, en 1896, par Hénoch, qui, comme le fait justement remarquer Grancher, n'est qu'une intoxication alimentaire justiciable d'un vomitif, d'un purgatif ou d'un lavage de l'estomac. Pour terminer son exposé très complet, Lemonnyer note le paludisme et l'hérédo-syphilis comme susceptibles de donner lieu à des manifestations de pseudo-asthme qui disparaissent rapidement quand on les soumet à des traitements respectivement appropriés.

III

Le pronostic est le plus souvent favorable. L'asthme infantile disparaît avec la puberté sans laisser trace de son passage. René Blache pose en principe que, si l'enfant n'a pas eu de phlegmasies bronchiques antérieures, la *restitutio ad integrum* est de règle. Tout au plus peut-on craindre un emphysème temporaire qui évoluera vite vers la guérison. Si, au contraire, il y a eu préalablement de l'infection des voies respiratoires, de la coqueluche par exemple, il convient de faire des réserves sur la persistance de l'emphysème. Le cœur, aussi longtemps que durent les accès, a tendance à s'hypertrophier. Ultérieurement, le sort de cette hypertrophie est lié à la marche de l'emphysème pulmonaire.

IV

Malgré le pronostic favorable, il convient de traiter l'asthme infantile qui peut, malgré tout, entraver la croissance de l'enfant, déformer le thorax, occasionner de l'emphysème, irriter le caractère, amoindrir le système nerveux et laisser enfin, comme phénomènes substitutifs, des migraines ou des névralgies.

Le traitement doit s'adresser à la fois à l'accès et au tempérament morbide. En présence d'un accès, voici ce qu'ordonne le docteur Comby :

1° Repos au lit avec aération de la chambre.
2° Bottes d'ouate sinapisée en permanence.
3° Ventouses sèches sur le thorax.
4° Un vomitif avec 0.10 centig. d'ipéca par année d'âge.
5° Cinq gouttes enfin, toutes les deux ou trois heures, suivant l'âge, d'un mélange, à partles égales, de teintures de belladone, de drosera, de lobelia, de grindelia, d'alcoolature de racines d'aconit et d'eau de laurier-cerise.

6° Exceptionnellement inhalations de pyridine.

Ces différents moyens abrègent le plus souvent la crise d'une façon considérable.

Il faut aussi soigner l'état diathésique. L'asthme étant d'origine arthritique, l'iodure de potassium et l'arséniate de soude devront être alternés. La douche écossaise, le Mont-Dore, la Bourboule, ont ici leur indication toute marquée et très efficace.

D. L. Viaud.
(d'Agon-Coutainville, Manche).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La fièvre ganglionnaire des enfants.

Cette lésion consiste en une adénopathie spéciale, évoluant d'une façon aiguë et fébrile chez les enfants entre cinq et huit ans. Décrite pour la première fois par Pfeiffer (1889), elle consiste en un gonflement douloureux, le plus souvent unilatéral, quelquefois bilatéral, des ganglions cervicaux ou sous-maxillaires. L'état général de l'enfant s'altère ; les ganglions tuméfiés sont durs, peu mobiles, ne se ramollissent que rarement, et montrent peu de tendance à suppurer, la lésion rétrocède généralement d'une façon spontanée.

Cette fièvre ganglionnaire de Pfeiffer se traduit encore par d'autres symptômes. On note de la courbature généralisée, une grande agitation, quelquefois des vomissements, toujours de l'inappétence. La langue est chargée, la gorge rouge se présente pas d'exsudats ; il y a de la constipation. La région cervicale est douloureuse ; les mouvements passifs et actifs en sont pénibles ; la tête prend une attitude spéciale, analogue à celle du torticolis rhumatismal. Dans les cas graves, la tuméfaction ganglionnaire, unilatérale d'abord, bilatérale ensuite, est très étendue ; la gorge est rouge et douloureuse : du 3e au 4e jour apparaît une tuméfaction de la rate et du foie, ainsi qu'une douleur spontanée au niveau de la ligne blanche entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Néanmoins, l'évolution reste le plus souvent favorable. D'après Pfeiffer, c'est là une maladie infectieuse capable de produire des épidémies de maisons.

Depuis les publications de Pfeiffer, cette affection a fait l'objet de nombreux travaux ; le docteur Hochsinger a observé lui-même une certaine quantité de cas analogues, et, trouvant cette question de la fièvre ganglionnaire de la plus haute importance pour le praticien, il émet a son égard quelques considérations très intéressantes. (*Wien. Médic. Woch. Nos 6, 7, 8, 1902*).

Tout d'abord, dit-il, on peut se demander dans quelles circonstances on observe chez les enfants des tuméfactions ganglionnaires à la nuque et au cou. Si nous éliminons la tuberculose la syphilis et les lymphomes malins, il nous restera, comme causes de tuméfaction des ganglions cervicaux, les divers processus irritatifs siégeant sur la peau et les muqueuses dépendant du crâne et de la figure. En pareil cas, on n'observe généralement pas de fièvre, et la tuméfaction disparaît généralement avec la lésion initiale (eczéma, séborrhée, ophtalmie phlycténulaire, otite, carie dentaire, angine, catarrhes nasopharyngiens, ozène, stomatite, etc.). Quelquefois persiste, des semaines et des mois durant, un état hyperplastique de la région n'aboutissant jamais à la suppuration, à moins qu'une virulence particulière ne caractérise les microorganismes, entrés dans les ganglions par les ramifications lymphatiques de la peau. On sait, en effet, depuis Manfredi, que les microorganismes perdent leur virulence dans les organes lymphatiques.

D'autres fois, les ganglions du cou peuvent aussi se tuméfier chez les enfants, au cours de certaines maladies infectieuses, qui amènent des perturbations dans les domaines lymphatiques correspondants (aphtes, diphtérie, angine folliculaire, rougeole, scarlatine). Ici encore cette manifestation ne produit aucune élévation spéciale de la température, même quand l'infection initiale a disparu. Elle peut pendant un certain temps persister, mais sans aucun retentissement sur la santé générale.

Enfin, on peut chez certains enfants, après les affections les plus diverses de la cavité bucco-naso-pharyngienne, voir se produire des tuméfactions ganglionnaires au cou et à la nuque, accompagnées de fièvre. Les adénopathies de ce groupe se distinguent des précédentes parce qu'elles occasionnent une nouvelle élévation de la température après la disparition des affections initiales. Mais ces affections initiales peuvent être les mêmes dans ces deux derniers groupes; suivant que leurs adénopathies concomitantes s'accompagneront ou non de fièvre, elles détermineront ou non « la fièvre ganglionnaire » de Pfeiffer. Il est d'aillleurs difficile de savoir pour quelles raisons une maladie déterminée provoquera dans certains cas une adénophathie fébrile, dans d'autres cas une adénopathie non fébrile. Ce fait dépend vraisemblablement d'une action spéciale des microbes ou des toxines sur le réseau lymphatique correspondant à la région malade.

Avec cette conception pathogénique de Hochsinger, on ne peut accorder à la fièvre ganglionnaire une étiologie unique, un aspect clinique, toujours identique. Elle ne constitue pas, comme le pensait Pfeiffer, une maladie infectieuse idiopathique, dont les agents microbiens coloniseraient de préférence dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Son évolution et sa symptomatologie varieront avec la nature du microorganisme morbigène, qui aura pénétré dans le réseau lymphathique cutané ou muqueux.

Hochsinger admet donc, contrairement à Pfeiffer, que la fièvre ganglionnaire est une affection secondaire aux lésions les plus variées de la bouche, de la gorge, ou des régions cutanées de la tête et de la face. Elle se produit quand les ganglions, ces filtres bactériens, n'ont pu arrêter au passage les microorganismes pathogènes; la fièvre traduit l'envahissement de l'organisme, son infection, qui peut aller jusqu'à l'apparition d'une néphrite, d'une tuméfaction de la rate.

Contrairement aux autres maladies infectieuses typiques, les manifestations fébriles ne sont jamais identiques à elles-mêmes dans ces adénopathies infantiles. La fièvre peut être éphémère, c'est-à-dire ne persister que pendant 24 ou 48 heures, au moment où apparait la tuméfaction ganglionnaire. C'est le cas le plus fréquent. Elle peut encore être continue rémittente, continue sans rémittences ; elle présente aussi quel-

quefois des intermittences irrégulières avec des sueurs, comme dans la pyémie.

Le plus souvent, ce sont les inflammations les plus intenses du pharynx ou de l'arrière-gorge, qui, chez les enfants, s'accompagnent de tuméfaction ganglionnaire au cou, avec réaction fébrile. (Amygdalites, pharyngites...).

Chose remarquable, l'état général présenté par l'enfant n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre. Hochsinger a vu des enfants atteints de tuméfaction ganglionnaire avec 40° et plus, manger parfaitement, être gais ; en tous cas,ils n'avaient pas de céphalée et présentaient un aspect tout autre que dans les maladies infectieuses aiguës, à températures élevées.

On admet que, règle générale, les ganglions ne suppurent pas dans la fièvre ganglionnaire ; mais c'est là un symptôme négatif qui ne peut servir au diagnostic différentiel.

Les ganglions suppureront toujours. si les microbes sont doués d'une virulence suffisante ; et le fait s'observera en particulier quand la fièvre ganglionnaire aura les allures d'une maladie infectieuse grave (type admis par Pfeiffer). L'affection sera décelée par l'apparition d'une tuméfaction aiguë et très rapide ; on ne pourra plus découvrir aucune lésion initiale dans le pharynx ou le nasopharynx ; les anamnestiques seuls signaleront une angine légère de courte durée. La période fébrile sera de longue durée, l'état général très atteint,souvent pendant plusieurs semaines jusqu'à l'apparition de la périadénite, suivie de la fonte purulente des ganglions. (Ces cas ne sont malheureusement pas assez connus des praticiens,qui les rangent volontiers dans les affections scrofuleuses). Fait caractéristique à noter, dans ces formes purulentes, les noyaux ganglionnaires restent longtemps durs et tuméfiés, sans s'agglomérer ni adhérer à la peau, ni déterminer de la rougeur ; ils ne s'abcèdent guère avant trois semaines, alors que la température diminue plutôt pendant ce temps.

Ce sont, affirme Hochsinger, presque toujours les régions amygdaliennes du naso-pharynx qui provoquent ces cas de fièvre ganglionnaire. On voit brusquement des enfants prendre une respiration nasale difficile, avoir de la rougeur à la paroi postérieure du pharynx, ronfler pendant leur sommeil, sans présenter de lésions apparentes du côté des amygdales palatines : la lésion siège sur l'amygdale de Luschka.

Cette affection n'est pas décrite dans les ouvrages classiques. Elle dure en moyenne un jour ou deux, et elle entraîne une inflammation aiguë du tissu adénoïdien du naso-pharynx, analogue à celle des amygdales palatines. C'est une maladie contagieuse, qui atteint l'entourage du malade. Si on ne recherche pas avec soin les anamnestiques, on peut croire à une lésion, à une fièvre ganglionnaire idiopathique, car les ganglions cervicaux et sous-maxillaires se tuméfient. Quand on porte chez les enfants le diagnostic de fièvre ganglionnaire idiopathique, il s'agit presque toujours, d'après Hochsinger, d'une inflammation du tissu adénoïdien naso-pharyngien.

Disons encore quelques mots sur la *Thérapeutique* de l'affection.

Quand une tuméfaction ganglionnaire aiguë sera apparue, on fera localement des applications antiphlogistiques (cataplasmes, etc.). Si le gonflement persiste un certain temps après l'apparition de la fièvre, on frictionnera la région avec du savon noir,renfermant 5 % d'ichthyol. Mais ce qui est important par-dessus tout, c'est de faire une *prophylaxie* rationnelle de la fièvre ganglionnaire, surtout dans les cas récidivants. Maintenant que nous savons la cause de la fièvre ganglionnaire résider dans une infection, ayant pour origine le cavum buccopharyngien, nous devrons tâcher d'en éliminer toutes les causes dangereuses.

On recommande généralement l'usage prophylactique de gargarismes astringents ou antiseptiques. Mais Hochsinger n'en est pas partisan, chez les enfants du moins. De quelque façon qu'ils se gargarisent, en effet, aucun atome médicamenteux ne parvient aux amygdales ; or, ce sont précisément les tonsilles avec leurs nombreuses cryptes folliculaires, qui servent de repère aux microorganismes. Pour les soumettre aux agents thérapeutiques, l'auteur fait sucer à ses malades des pastilles renfermant, soit du menthol, de l'extrait de ratanhia, du biborate de soude, etc.

Ces pastilles ont pour effet principal d'exciter la sécrétion salivaire, laquelle sert à solubiliser ces pastilles et leurs agents médicamenteux ; les substances antiseptiques se répandent ainsi abondamment sur la muqueuse de l'arrière-gorge, du pharynx et des amygdales. La salive elle-même joue un rôle antiseptique notable.

Sur la pathologie et la thérapeutique de l'otite externe.

Cette affection, qui a pour siège le conduit auditif externe peut être circonscrite ou diffuse, aiguë ou chronique. Le processus pathologique est primaire ou secondaire.

L'otite externe circonscrite peut se développer consécutivement à la furonculose généralisée, à une excitation mécanique de la muqueuse (corps étranger, grattage digital...), à l'injection de substances irritantes (camphre, chloroforme, glycérine phéniquée..).

Les causes analogues peuvent déterminer une otite externe diffuse ; mais celle-ci peut encore être causée par certaines spores de champignons tels que l'aspergillus niger, flavus, et glaucus, ou par des otorrhées mal soignées, dont le pus abondant ou stagnant a pu infecter la muqueuse.

L'otite folliculaire externe est le type des inflammations circonscrites, aiguës. Le malade éprouve une douleur intense, presque térébrante (avec ou sans diminution de l'acuité auditive). A ce moment, l'oreille externe est sensible à la pression, le conduit auditif retréci par une tuméfaction, qui en obture presque la lumière. Généralement, il s'agit d'un furoncle folliculaire, et dans ce cas la douleur est enlevée, grâce à une petite incision. Comme désinfectant, on emploie une solution de lysol à 1/2 ou 1 pour cent. D'autres fois, le furoncle n'est plus seulement folliculaire, mais il siège profondément dans le tissu cellulaire. En pareil cas, la tuméfaction épidermique est plus aplatie, plus étendue, la douleur plus vive ; il est moins facile au pus de se créer une voie vers l'extérieur. Quand les phénomènes douloureux sont assez intenses pour priver le malade de sommeil, il

faut faire une large incision allant jusqu'au périoste ; c'est là une intervention très pénible peur le malade, pouvant même occasionner pour lui une syncope. Si l'œdème inflammatoire est assez considérable, et si le pus renferme des tissus nécrosés, il sera bon de curetter la plaie, sous le contrôle d'un miroir : on tamponnera ensuite avec la gaze au dermatol. Le pansement est changé quotidiennement ; au bout du deuxième jour, il suffira d'employer de la gaze stérilisée. Cette gaze empêche la dessication et la rétention des sécrétions.

Quand on n'incise pas la lésion, il faut avoir recours à la médication antiphlogistique locale (préparations gélatineuses avec de la teinture d'opium, etc.). Au bout de quelques jours, le pus s'écoule spontanément. Mais la maladie souvent n'est pas terminée ; il se produit d'autres infiltrations douloureuses dans le voisinage de la lésion primitive, et il faut encore intervenir.

L'otite externe diffuse débute avec des symptômes analogues à ceux de l'otite circonscrite. La tuméfaction est souvent énorme ; on voit parfois une exsudation séreuse et une desquamation de lamelles épidermiques. Fréquemment, il y a diminution de l'acuité auditive, et même apparition de bourdonnements. Quand la sténose inflammatoire du conduit auditif empêche de voir le tympan, il est difficile de dire si l'affection se complique d'une otite moyenne ; la sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde peut seule renseigner à cet égard.

Comme traitement, il est très important d'examiner tous les jours l'oreille, et d'en enlever les exsudats et les lamelles épidermiques, au moyen de tampons imbibés d'une solution de lysol. La douleur est calmée au moyen de cocaïne ou de morphine.

Si la tuméfaction, la desquamation et la sécrétion purulente sont très importantes, on désinfecte avec des badigeonnages au nitrate d'argent à 2 ou 10 pour cent. Cette méthode diminue la douleur et exerce une influence favorable très rapide sur les phénomènes inflammatoires.

L'otite externe diffuse guérit le plus souvent, sans suites fâcheuses ; mais quelquefois elle peut avoir certaines conséquences, telles que : la production de polypes, desquamation épidermique à récidives, l'épaississement chronique du tympan, l'ulcération et la perforation du tympan, des sténoses du conduit auditif par épaississement épidermique, ou hyperostoses, enfin une issue fatale par méningite ou phlébite des sinus (perforation du tympan). (*Reissmam. Wien. Med. Woch., 1902, n° 8.*)

Dr Georges.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les payants dans les hôpitaux.

Par M. le Dr Lande (1).

A la suite de mon rapport sur « les frais d'hospitalisation des payants et des victimes du travail » présenté à la Commission administrative des Hospices de Bordeaux, j'ai pensé qu'il y avait lieu de provoquer l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux.*

Le Conseil a déjà étudié la question au point de vue général en 1899, sous le titre « Paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des Hôpitaux », et a conclu contre la perception directe et spéciale d'un honoraire en faveur des médecins et chirurgiens des Hôpitaux. Il pouvait donc paraître au moins inutile de provoquer une nouvelle décision du Conseil. Mais, depuis 1899, l'application de la loi du 9 avril 1898 a amené dans les hôpitaux une nombreuse catégorie de payants dont le traitement, à titre gratuit ou au tarif de l'assistance médicale gratuite, grève lourdement les finances des Administrations hospitalières et cause un préjudice considérable au Corps médical.

Estimant qu'il y avait là une situation nouvelle, un fait nouveau qui méritait examen, j'ai prié M. Monod de porter la question à l'ordre du jour de la session du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques a bien voulu accueillir favorablement ma demande, appuyée par M. Hermann Sabran, président du Conseil général d'administration des Hospices civils de Lyon.

Chargé de rédiger, de concert avec M. Sabran, un rapport sur « la détermination du prix de journée applicable aux personnes hospitalisées en vertu de la loi du 9 avril 1898 », j'ai été privé, par suite d'un deuil de famille, du précieux concours de notre éminent Vice-Président, et j'ai présenté à la deuxième sous-Commission, puis au Conseil supérieur de l'Assistance, le travail suivant :

Rapport

Présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. le Dr Lande sur la détermination du prix de journée applicable aux personnes hospitalisées en vertu de la loi du 9 avril 1898.

La détermination du prix de journée applicable aux personnes hospitalisées en vertu de la loi du 9 avril 1898 évoque la question plus générale de l'hospitalisation des malades payants.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a étudié spécialement cette question en 1898 et en 1899. Il a indiqué d'une façon très nette que l'hôpital et l'hospice sont par définition affectés aux pauvres et qu'il ne peut y être réservé des lits aux malades payants qu'à titre exceptionnel.

Il a ajouté que les hôpitaux pourront recevoir dans des locaux spéciaux, et moyennant un prix suffisamment rémunérateur pour que le bien des pauvres ne puisse pas être compromis :

1° Des malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes et sans péril pour les autres ;

2° Des malades étrangers, de passage, atteints de maladies, soit médicales, soit chirurgicales, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maison de santé.

En 1899, le Conseil a admis une troisième catégorie de payants, en faveur :

3° Des malades habitant la commune dont le cas nécessite une opération grave ou un traitement spécial, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

En d'autres termes, à part les lits réservés aux payants dans les salles communes, en petit nombre et à titre exceptionnel, les hôpitaux sont autorisés à recevoir à titre onéreux les contagieux et les non-indigents ; mais ces derniers seule-

ment en cas de défaut de maison de santé ou d'insuffisance des maisons de santé existantes.

Cette réglementation a, dès sa publication, soulevé des difficultés, entre autres celle du paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux par les hospitalisés non indigents.

En 1899, notre collègue, le Dr Drouineau, à la suite d'un long et consciencieux travail sur ce sujet, disait :

« Les malades payants admis dans des chambres séparées, dans les conditions prévues par les exceptions signalées ci-dessus, et moyennant un prix de pension dont le tarif délibéré par la Commission administrative de l'hôpital, doit être élevé et toujours supérieur aux dépenses d'entretien, doivent être avisés au moment de leur admission que ces tarifs ne comportent que les frais divers d'hospitalisation, mais non pas les honoraires médicaux, qui demeurent à leur charge. »

La mesure proposée dans les conclusions de notre collègue était inspirée par le désir de sauvegarder à la fois les intérêts des Administrations hospitalières, c'est-à-dire les intérêts des pauvres, et ceux, fort respectables, du Corps médical.

Tel ne fut pas cependant le sentiment de la majorité des membres des 2e et 3e sections du Conseil supérieur ; et un second rapporteur, M. le Dr Regnard, formula l'opinion de cette majorité dans un rapport supplémentaire terminé par les conclusions suivantes :

« I. Le Conseil émet le vœu qu'à l'avenir le Préfet n'approuve aucune délibération par laquelle une Commission administrative créerait une chambre ou une salle payante, sans en avoir référé au ministre de l'Intérieur.

« II. Les malades aisés pourront être admis dans ces chambres ou salles moyennant un prix variable, toujours élevé et très supérieur au prix de revient. Ils seront avisés au moment de leur entrée que le paiement du prix de journée, fixé dans ces conditions par la Commission administrative, leur incombera pour toute charge. »

Malgré l'opposition énergique de M. le Dr Henrot, invoquant la bonne gestion des hôpitaux ainsi que les intérêts et la dignité du Corps médical, malgré la défense vigoureuse de M. le Dr Drouineau, à la suite d'une discussion fort longue et très animée à laquelle prirent part un grand nombre de membres du Conseil, la seconde conclusion de M. le Dr Regnard fut adoptée.

M. Hermann Sabran, notre respecté vice-président, avait combattu de toute son autorité et de tout son talent l'attribution d'honoraires particuliers aux médecins et chirurgiens chargés de donner des soins aux malades payants, tandis que MM. Lardier, Dreyfus-Brisac, Rey et Porson, ce dernier parlant au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, soutenaient que, pour éviter les abus que pouvait entraîner l'hospitalisation même restreinte, et pour sauvegarder les intérêts respectables des médecins, il fallait autoriser ces collaborateurs dévoués des Commissions hospitalières, à percevoir, soit directement, soit par voie administrative, des honoraires pour soins donnés aux malades payants, honoraires librement débattus comme dans la pratique de la ville ou fixés par une sorte de tarif officiel.

La connaissance universellement répandue des progrès de la chirurgie et des installations spéciales réalisées à grands frais dans les hôpitaux, une fausse appréciation des devoirs qui incombent aux services publics, et avant tout aux services d'assistance, un changement considérable dans l'impression produite sur la population tout entière par le seul mot d'hôpital, évocateur de tristesse et de souffrances, et, au premier chef, l'application de la loi du 9 avril 1898; ont simultanément concouru à rendre illusoires les heureux effets attendus de la réglementation de 1899.

Toutes les Commissions administratives des hospices, les municipalités qui les subventionnent largement, voient avec terreur leurs charges augmenter chaque année par suite du nombre sans cesse croissant des hospitalisés. Le Corps médical se plaint qu'une partie de sa clientèle est détournée vers les établissements hospitaliers, et qu'il se trouve ainsi dépouillé des ressources qu'il espérait légitimement acquérir par l'exercice d'une profession dont l'apprentissage est long et onéreux, l'exercice pénible et délicat.

Le mal provient, à n'en pas douter, d'une double cause : l'afflux des non-indigents, l'intrusion de malades qui, personnellement pauvres, sont garantis, assurés contre la maladie, et qui par conséquent doivent être considérés non comme des indigents, mais bien comme des gens capables de payer les dépenses nécessitées par leur traitement, auxquels, par conséquent, les Administrations hospitalières, et il faut ajouter les médecins, sont en droit de demander, je dirai même doivent réclamer une rétribution et un honoraire.

Le principe est indiscutable en ce qui concerne les premières, et le Conseil supérieur ne l'a jamais discuté sans le formuler d'une façon aussi absolue que le Corps médical par ces simples mot : « L'hôpital aux pauvres. »

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les médecins, et jusqu'ici la majorité du Conseil s'est rangée à l'avis de MM. Monod et Sabran, qui paraissent redouter des abus. Autorisés à percevoir des honoraires de la part des malades non indigents traités dans les hôpitaux, les médecins et surtout les chirurgiens se laisseront aller à envoyer leurs clients à l'hôpital, où ils disposent d'une installation et d'un personnel qu'ils ne sauraient trouver ailleurs qu'à grands frais. Certains négligeraient les pauvres pour donner la majeure partie de leur temps et le meilleur de leurs soins aux payants. Quelques-uns, animés du seul désir de lucre, en arriveraient à réclamer quelque rémunération de tous les malades de leur service, déplorable exemple pour le personnel secondaire des hôpitaux.

Le Corps médical des hôpitaux est profondément reconnaissant à M. Sabran d'avoir protesté contre ces dernières accusations, ainsi qu'au regretté Dr Porson qui, simple praticien, défendit ici ses confrères des hôpitaux.

La solution adoptée en 1899 n'est donc pas complètement satisfaisante ; les abus qu'elle devait réprimer et prévenir se sont aggravés, et il est plus nécessaire, plus indispensable que jamais de mettre un terme à des pratiques qui compromettent à la fois les finances administratives, c'est-à-dire le bien des pauvres, et les intérêts matériels et moraux non seulement des

médecins des hôpitaux, mais encore du Corps médical tout entier.

Il n'est pas impossible de trouver une réglementation sinon parfaite, du moins plus satisfaisante. Il nous a paru qu'on y parviendrait peut-être par les considérations suivantes :

Les villes ou communes qui possèdent des établissements hospitaliers peuvent être divisées en deux grandes classes : celles où il existe des maisons de santé, celles au contraire où ces établissements particuliers ne se rencontrent pas.

Pour la première catégorie, la règle est bien simple : l'hôpital doit être exclusivement réservé aux indigents. A titre absolument exceptionnel, peuvent être admis à l'hôpital : 1° les malades atteints de maladies contagieuses ; 2° les malades atteints de traumatismes graves, en danger imminent, réclamant des soins immédiats ou souffrant d'affections nécessitant un traitement qui ne pourrait être suivi, soit à domicile, soit dans les maisons de santé existantes.

Pour la seconde catégorie, la règle n'est pas plus difficile à formuler. A défaut de maison de santé particulière, par simple considération d'humanité, pour remplir complètement son rôle, son devoir d'assistance publique, l'hôpital doit lui-même faire office de maison de santé, ainsi que l'a déjà soutenu le Dr Lardier.

Mais, dira-t-on, c'est le maintien de la situation présente, la continuation, presque la consécration des abus actuels. Non, si l'on veut bien apporter une correction au principe admis.

L'hôpital a toujours été considéré et a jusqu'ici fonctionné uniquement comme établissement charitable. Certaines Commissions administratives ont protesté, la plupart ont résisté et résistent encore quand il s'agit de faire payer les non-indigents admis dans leurs hôpitaux. Les médecins, animés du légitime orgueil de la gratuité de leur mandat hospitalier, ont de leur côté repoussé toute participation à un bénéfice réalisé sur les malades de leurs services. Cette émulation dans le désintéressement compromet, on ne saurait trop le répéter, le bien des pauvres et les intérêts de la masse des praticiens. Il importe de ne pas laisser se perpétuer de semblables errements, conséquences d'un sentimentalisme honorable, mais exagéré, et d'une appréciation très élevée, mais erronée, de devoirs professionnels que les circonstances ont singulièrement modifiés.

Les progrès de la science, les perfectionnements de l'art chirurgical ont démontré l'urgence absolue de secours immédiats et éclairés même dans les cas de traumatismes dont la gravité était autrefois considérée comme illusoire et ont nécessité un outillage et une installation qui ne peuvent être réunis qu'à grands frais.

L'indigent sera-t-il admis à bénéficier de tous ces avantages réalisés à chers deniers par les Commissions administratives des hospices ? La question ne supporte pas la discussion. Riches et pauvres deviennent égaux devant la maladie ou le traumatisme et ont le droit au même concours de la part de l'administration de l'assistance publique.

Mais si ce concours est spontané, immédiat, complet, s'il est absolument gratuit pour l'indigent, il est moral, équitable, nécessaire, que tout secouru non indigent rémunère le service rendu, suivant ses ressources, ou tout au moins rembourse largement les frais engagés à son profit.

L'hôpital doit nécessairement, fatalement, remplir le rôle de maison de santé, à titre *exceptionnel*, dans les communes pourvues, à titre *légal et régulier* dans les communes dépourvues d'établissement particulier de ce genre.

Pour éviter les abus, il faut bien entendre que l'hôpital-maison de santé doit être réservé aux seuls malades rentrant dans les trois catégories établies par le Conseil supérieur. En outre, il est indispensable que la gestion de ce service spécial, institué en annexe par certaines Commissions administratives, soit organisée comme dans les maisons de santé dues à l'initiative privée. En d'autres termes, il faut que l'hôpital-maison de santé ne soit plus considéré comme une œuvre d'assistance proprement dite et qu'il ait le droit de réclamer la juste rémunération de son concours.

Jusqu'ici, on a demandé aux malades payants admis dans les hôpitaux le prix de journée officiel, établi d'après les règles qu'il n'est pas nécessaire de rappeler ici et applicable aux malades de l'Assistance médicale gratuite. Ce prix représente la valeur moyenne de la journée d'hospitalisation, et on comprend qu'il soit dès lors admis pour le service de l'Assistance, une commune ayant un hôpital ne pouvant faire un bénéfice sur la commune sa voisine dont elle hospitalise les assistés.

Mais ce prix de revient est loin de représenter les frais nécessités par les non-indigents, ou pour mieux dire, il est loin, bien loin de représenter la valeur des services qui leur sont rendus. Il suffit, pour le démontrer, de rappeler que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne touchent pas d'honoraires, les modiques allocations qui leur sont attribuées dans quelques grandes villes ne représentant même pas les menus frais occasionnés par leurs fonctions.

Ainsi s'expliquent et l'article 31 du règlement type du 15 décembre 1899 et la première proposition de la résolution votée par le Conseil supérieur dans sa session de 1899 :

« Les malades aisés pourront être admis dans ces chambres ou salles (payantes) moyennant un prix variable toujours élevé et très supérieur au prix de revient. »

Et cependant, dans la pratique, les commissions administratives des hospices, en dehors de cas exceptionnels, appliquent aux payants le prix de journée officiel, le prix de revient qui doit être réservé pour les hospitalisés de l'Assistance. Aussi voit-on les payants envahir les hôpitaux où ils savent trouver à un taux dérisoire les meilleurs soins matériels, les médicaments et pansements prodigués, les conseils des praticiens les plus renommés.

Dans un travail récent, il a été prouvé qu'à Bordeaux les payants représentent 12,50 p. 100 du nombre total des hospitalisés, soit 1 sur 8.

En 1899, le Conseil supérieur, après la très longue et très vive discussion rappelée plus haut, a complété ainsi sa résolution concernant les hospitalisés payants :

« Le paiement du prix de journée fixé dans ces conditions par la Commission administrative leur incombera pour toute charge. »

La pratique de cette règlementation et l'ap-

plication de la loi du 9 avril 1898 démontrent d'une façon péremptoire que les mesures préconisées par le Conseil supérieur ne suffisent pas pour défendre les finances des Commissions administratives des hospices.

Que, même, dans l'hospitalisation des payants on impose à ces Commissions le principe absolu : « ni perte ni gain », soit ! mais alors, qu'on en fasse réellement l'application. Or, cette application est impossible, irréalisable par un forfait. Il est inutile d'insister.

Puisque, soit exceptionnellement, soit d'une façon permanente, l'hôpital doit fonctionner comme maison de santé dans certains cas précis et déterminés, il doit aussi, pour ces cas-là, adopter le mode de gestion d'une entreprise privée.

Les payants admis dans un hôpital doivent au moins rembourser :

1° Les frais d'entretien, soins, nourriture, logement ;

2° Les frais pharmaceutiques et les pansements ;

3° Les soins médicaux et chirurgicaux.

Il appartient aux Commissions administratives des hospices de fixer et de faire approuver par l'autorité préfectorale, le prix de journée applicable à des malades qui nécessitent, c'est indiscutable, des soins plus nombreux et plus attentifs, un régime plus onéreux que l'ensemble des hospitalisés, surtout quand il s'agit de malades chirurgicaux, lesquels constituent la grosse majorité des payants.

Les frais pharmaceutiques et les pansements peuvent s'établir aisément par décompte ou, pour simplifier, d'après un tarif fixé suivant la nature de l'intervention chirurgicale.

On objectera vainement, en ce qui concerne le paiement des soins médicaux et chirurgicaux, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ayant librement accepté la gratuité de leurs fonctions ou leur rémunération par un honoraire déterminé, ne peuvent pas être admis à réclamer des honoraires pour soins donnés à une catégorie spéciale de malades.

L'hôpital étant en principe exclusivement réservé aux indigents, le médecin ne doit être tenu de soigner gratuitement ou pour la modeste indemnité qui lui est parfois accordée, que les malades rentrant dans cette catégorie. Si, accidentellement, ou d'une façon permanente, l'hôpital est transformé en maison de santé, il serait inique d'imposer au médecin de soigner au même titre que les indigents les malades aisés ou riches bénéficiant de cette transformation. Ce serait causer un préjudice considérable, non pas seulement aux chefs de service des hôpitaux, mais aux membres du corps médical tout entier, les premiers frustrés d'un honoraire légitime, les seconds lésés par le détournement d'une bonne partie de leur clientèle au moment où ils sont en droit de compter sur cette clientèle, après de longues, laborieuses et coûteuses études.

Pour éviter les inconvénients signalés, et dans le but de se mettre à l'abri de tout soupçon de lucre, les médecins et chirurgiens d'hôpital accepteront certainement que le recouvrement de leurs honoraires, que leur fixation même, soient opérés par l'Administration, tout au moins pour les cas ne s'appliquant pas aux malades notoirement riches.

Si, dans ces derniers cas, très rares, tout à fait exceptionnels, on peut consentir que l'honoraire du médecin ou du chirurgien soit librement débattu entre celui-ci et le client rentrant dans la catégorie habituellement désignée sous le nom de « grands payants », il ne saurait en être de même pour les autres malades admis à titre onéreux.

Il y a obligation, avons-nous dit, à ne pas comprendre ces derniers au nombre des hospitalisés à titre gratuit, mais, qu'ils soient dans une modeste aisance ou que leurs frais de maladie soient garantis par un répondant quelconque, société de secours mutuels, patron, compagnie d'assurances, l'assistance publique doit, à notre avis, en faire une catégorie spéciale entre les indigents et les riches. Quel tarif leur appliquer ? Cette question peut être résolue en tenant compte de l'indication fournie par le législateur au sujet de certains malades qui composent un groupe important de cette catégorie. Dans la loi du 9 avril 1898, il est dit : « Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. »

Il apparaît bien clairement par cette disposition que, dans la pensée du législateur, le chef d'entreprise s'assurant directement ou indirectement le concours d'un médecin, saura conclure un contrat le mettant à l'abri de frais exagérés, et c'est pour éviter toute surprise, toute exagération, que le médecin choisi par la victime d'un accident est taxé, tout au moins à l'égard du patron responsable, d'après le tarif de l'Assistance médicale gratuite en usage dans le département.

Ce tarif est donc tout indiqué pour les victimes d'accidents soignés dans les hôpitaux, et il est rationnel de l'appliquer aux hospitalisés qui, n'étant pas des riches, ne sont cependant pas des indigents, grâce à leurs propres ressources ou à une garantie quelconque acquise en leur faveur.

Les honoraires médicaux établis d'après cette méthode seraient perçus par l'administration et également répartis en fin d'exercice entre les chefs de service des hôpitaux, toutes les fois que des circonstances locales ne s'opposeraient pas formellement à ce système qui exclut toute idée de bénéfice personnel.

Quant aux frais pharmaceutiques et aux pansements, on pourrait faciliter leur perception et réduire les formalités en les fixant à une proportion déterminée du prix de journée ou de l'honoraire afférent à chaque opération, suivant qu'il s'agira d'un cas médical ou d'un cas chirurgical (1).

Messieurs,

Les considérations qui précèdent ont été exposées le 7 juin courant devant les membres du Conseil supérieur composant votre deuxième section.

---

(1) La Commission administrative des hôpitaux de Bordeaux a fixé cette proportion à 50 %, c'est-à-dire la moitié du prix de l'intervention chirurgicale.

Les adoptant en principe et en faisant application à la question qui vous est soumise : « Détermination du prix de journée applicable aux personnes hospitalisées en vertu de la loi du 9 avril 1898 », votre deuxième section, — en attendant une disposition législative qui comportera certainement une nouvelle rédaction de la loi susvisée actuellement à l'étude devant le Parlement, — votre deuxième section vous propose d'adopter le projet suivant de délibération :

« Lorsque l'hospitalisation d'une victime d'accident du travail aura été reconnue nécessaire, le chef d'entreprise sera tenu dans tous les cas à la totalité des frais d'hospitalition, lesquels comprendront, outre le remboursement des frais d'entretien, tels qu'ils sont fixés chaque année par décision préfectorale, les frais médicaux et pharmaceutiques, tels qu'ils sont fixés par les tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

8 juin 1902.

Après une très longue discussion, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres du Conseil supérieur, l'Assemblée a voté la proposition suivante :

« Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail, régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront dans leurs recettes générales, comme frais de traitement :

« 1° Un prix de journée d'entretien arrêté annuellement par le Préfet en raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques ;

« 2° Les frais médicaux et pharmaceutiques au tarif fixé par le Règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite ou, à défaut, par les usages locaux ».

Il ne convient pas de retenir seulement cette conclusion du long débat ouvert devant le Conseil supérieur de l'Assistance ; lorsque le compte rendu de ces séances sera prochainement publié, les commissions administratives des Hospices verront que le Conseil supérieur a affirmé une fois de plus la formule si catégorique déjà adoptée : « L'hôpital aux indigents ».

Il est donc du devoir des Commissions administratives des Hospices de restreindre par tous les moyens possibles le nombre des malades admis dans les hôpitaux à titre de payants, et de ne réserver à cette catégorie de malades qu'un très petit nombre de lits plus particulièrement destinés à recevoir ceux qui rentrent dans les trois catégories déterminées par le Conseil supérieur.

En ce qui concerne les victimes d'accidents du travail, il est permis d'être plus large dans les admissions, en raison des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouveraient la plupart de ces blessés pour être utilement soignés chez eux, et aussi en raison de l'urgence absolue de soins immédiats ; mais on doit se conformer aux indications fournies par la dernière délibération du Conseil supérieur, c'est-à-dire exiger des répondants de cette catégorie d'hospitalisés le paiement des dépenses réelles d'entretien, des soins médicaux, des frais pharmaceutiques, des interventions chirurgicales.

En agissant ainsi, les Administrations défendront utilement le bien des pauvres, dont elles ont la garde, et les intérêts du Corps médical, jusqu'ici gravement compromis par une fausse interprétation des devoirs incombant aux Œuvres hospitalières.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Bicyoliste portant des médicaments condamné à Dijon.

On sait que la Cour de Cassation a jugé dernièrement que pharmaciens et médecins ne pouvaient se grouper en un seul et même syndicat pour défendre leurs intérêts, ni même ceux de la santé publique. De cette trouvaille d'une Justice surannée, nous avons dit ce qu'il fallait penser.

Quelques jours plus tard, à Dijon, s'est produite une affaire dont nous empruntons le récit au *Répertoire de Pharmacie*.

M. Verdot, pharmacien à Dijon, avait à sa solde un S[r] Fournier, qui parcourait en bicyclette les communes voisines, pour recueillir des commandes de médicaments et qui profitait de ses tournées pour vendre quelques médicaments usuels, qu'il emportait avec lui, comme provision, dans le but de satisfaire extemporanément aux demandes des habitants des communes visitées par lui.

Ces agissements étant préjudiciables à tous les pharmaciens de Dijon, le Syndicat des pharmaciens de la Côte-D'Or provoqua des poursuites contre le S[r] Fournier et contre M. Verdot. Le parquet poursuivit, et il est intervenu, le 1[er] mars 1902, un jugement dont nous publions ci-dessous le texte :

Attendu qu'il est résulté de l'information et des débats que, dans le courant de l'année 1901 écoulée, Fournier, sans être muni du diplôme de pharmacien, a, à Pontaillier-sur-Saône et dans les environs délivré à plusieurs personnes, sur leur simple demande et sans qu'elles lui eussent été commandées à l'avance, des compositions médicamenteuses telles que : thé Chambard, extrait fluide de quinquina, teinture d'iode ;

Qu'il a également, dans les mêmes conditions, vendu un paquet d'un gramme de sublimé corrosif et une certaine quantité de laudanum ;

Attendu que le sublimé corrosif est une substance vénéneuse, dont la vente est soumise aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846 ;

Attendu que si le laudanum n'est pas nominativement compris dans la nomenclature que le décret du 8 juillet 1850 a substituée à celle annexée à l'ordonnance précitée, ce n'est toutefois pas une raison dedécider que ce médicament a cessé d'être classé au nombre des substances vénéneuses ; qu'en effet, le tableau de 1850 comprend l'opium et son extrait; ainsi que les alcaloïdes végétaux et leurs sels ;

Attendu que, si l'on ne veut pas considérer le laudanum comme un extrait d'opium, il doit cependant rentrer dans la catégorie des alcaloïdes végetaux et de leurs sels, puisque tous les alcaloïdes de l'opium, tels que les méconates de morphine, de narcotine, etc., s'y retrouvent.

Attendu que tous ces faits constituent, de la part de Fournier, les délits d'exercice illégal de la pharmacie et de vente de substances vénéneuses prévus par l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777, 1[er] de la loi du 19 juillet 1845, l'ordonnance du 29 octobre 1846 et le décret du 8 juillet 1850.

Attendu qu'en cas de conviction de plusieurs délits, la peine la plus forte doit être seule appliquée ;

Attendu, toutefois qu'il existe en la cause des circonstances atténuantes ;

Attendu, d'autre part, que tous ces faits ont été de nature à porter un réel préjudice aux pharmacies locales ; que, par suite, le Syndicat des pharmaciens, chargé des intérêts généraux de la corporation, est bien fondé à en demander réparation ; attendu, cependant, qu'il se borne, dans ses conclusions à réclamer 1 franc de dommages-intérêts, ainsi que l'insertion du jugement à intervenir ;

Attendu que Fournier était employé comme cour-

lier chez M. Verdot, pharmacien à Dijon, et que c'est au cours des tournées qu'il effectuait pour le compte de ce dernier qu'il s'est livré aux ventes ci-dessus ; que son patron doit donc, aux termes de l'article 1384 du Code civil, être déclaré civilement responsable des délits commis par son préposé dans les fonctions auxquelles il était employé ;

Par ces motifs, Le Tribunal, en la forme, reçoit le Syndicat des pharmaciens de la Côte-d'Or intervenant dans l'instance ;

Déclare Fournier coupable d'avoir, dans le courant de l'année 1901, dans le canton de Pontailler-sur-Saône : 1° exercé la pharmacie sans être muni d'un diplôme ; 2° vendu des substances vénéneuses; admet les circonstances atténuantes ;

En réparation et par application des articles 5, 6 de la déclaration de 1777, 1er de la loi 19 juillet 1845 1er de l'ordonnance du 29 octobre 1846, du décret du 8 juillet 1850, des articles 463 du Code pénal, 365 du Code d'instruction criminelle, 1.384 du Code civil, le condamne à 100 francs d'amende et 1 franc de dommages-intérêts envers la partie civile ;

Ordonne, et ce, à titre de supplément de dommages-intérêts, que le présent jugement sera, aux frais du condamné, publié par extrait dans quatre journaux se publiant trois à Dijon, un à Auxonne, au choix des demandeurs, sans que le coût de chacune de ces insertions puisse dépasser 40 francs ;

Dit que Verdot sera civilement responsable des condamnations encourues par son préposé dans les délits ci-dessus commis dans l'exercice des fonctions auxquelles il était employé.

Après la lecture de cette histoire nous nous sommes posés et nous posons les questions suivantes :

Le délinquant dont il est question ayant certainement fait de l'exercice illégal de la médecine en même temps que de l'exercice illégal de la pharmacie, pourquoi le Parquet poursuit-il sur l'un des deux chefs seulement, et choisit-il précisément le moins important en ce qui concerne la santé publique, alors que, pour traquer *de son propre chef* l'exercice illégal de la médecine, il attend qu'il y ait eu mort d'homme, ou blessure grave, ou plainte du malade ?

Pourquoi le syndicat de la région, ou la Société locale, ou un groupe de médecins intéressés, n'ont-ils pas fait ce qu'a fait le Syndicat des pharmaciens ?

N'est-il pas évident, une fois de plus, que nos doléances ne méritent guère compassion quand elles sont le seul acte auquel nous ayons recours pour défendre nos droits, nos intérêts, l'intérêt général ?

Il y a des médecins qui voudraient que le *Sou Médical* recouvre toutes leurs créances chez les clients récalcitrants et qui ne prêteraient même pas leur nom pour donner la chasse au rebouteur. Où allons nous avec toute cette veulerie, ou cette indifférence ?

Honoraires pour soins aux parents

Les enfants sont solidairement responsables des soins médicaux donnés à leur père et mère qui sont dans le besoin, ou, étant décédés, ne laissent qu'un actif insignifiant.

Cette obligation découle des articles 205 et 206 du Code civil, relatifs aux aliments qui sont dus aux ascendants.

Toutefois, pour que le droit du médecin d'exercer son action contre les enfants soit plus assuré, il devra les prévenir des visites qu'il fait à leurs parents au cas où ils n'assisteraient pas à ces visites.

Extrait d'un jugement d'un tribunal de Paix.

Contre.

1° Mme A..., ; 2° M. A..., son mari ; 3° Mme B..., ; 4° M. B..., son mari, s'entendre condamner conjointement et solidairement à payer au Dr D... la somme de 78 francs pour soins médicaux de dernière maladie donnés à feu les époux X..., père et mère, beau-père et belle-mère des susnommés.

M. A..., a conclu à ce qu'il plaise à M. le juge de paix le mettre hors de cause, ainsi que son épouse, attendu qu'ils ont renoncé aux successions de feu les époux X...

M. B..., a reconnu devoir sa part et portion de la somme réclamée par le Dr D..., mais a déclaré ne pouvoir la payer.

Au fond :

Attendu que A... pour se soustraire à ses obligations vis-à-vis du docteur, à la barre soutient qu'il a répudié les successions de ses beaux-parents et que, ayant renoncé à l'actif, il n'est pas tenu du passif.

Mais, attendu qu'en l'espèce il s'agit d'une dette morale et qu'il ne suffit pas de renoncer à la succession pour s'en libérer ; que l'héritier même répudiant doit au souvenir de ceux qui sont morts la récompense des soins qui leur ont été donnés.

Par ces motifs, condamnons conjointement et solidairement les époux A... et B.,. à payer au docteur D... la somme de soixante-dix-huit francs et aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Autour d'un procès. — « M. le Dr Dunac, de Foix, qui avait déféré à la Cour de cassation l'arrêt de la deuxième chambre de la Cour d'appel le condamnant à 100 francs d'amende pour blessures involontaires (cet arrêt a été rendu le 27 mai dernier), s'est désisté de son pourvoi.

« Cette affaire va maintenant se poursuivre au civil, M. le Dr Dunac ayant été assigné devant le tribunal de première instance de Foix par M. Dussault, inspecteur général des eaux et forêts, qui lui réclame 100.000 francs de dommages-intérêts comme auteur responsable de la mort de sa femme. » (*Dépêche de Toulouse.*)

Les journaux politiques prouvent donc que tous les médecins, absolument tous, professeurs de Facultés, d'Ecoles de médecine, praticiens, sont exposés à de tels déboires professionnels. Et cependant parmi les seize mille médecins de France, huit cents seulement ont compris l'urgence de s'assurer contre ces risques, de faire partie du *Sou Médical*

Les uns, les yeux bouchés par la croyance en la *considération-abri* et par la vaste idée qu'ils ont d'eux-mêmes, croient que ces poursuites judiciaires n'atteignent que le fretin ; les autres comprennent bien que chaque fois qu'ils sont appelés chez un client ils ont plus de chances pour y trouver les articles 1382, 1383 du Code civil et ceux — 319 et 320 — de son compère le Code pénal, qu'une dot pour leur fille. Mais comme ils mettent à peine les deux bouts de leur budget ensemble, ces prolétaires — professeurs et praticiens — prennent prétexte de la maigreur de leurs revenus pour motiver leur absence de nos listes.

Eh bien! c'est justement quand un médecin a be-

soin de tout ce qu'il gagne pour faire face aux exigences de la vie qu'il doit contracter l'assurance dite le *Sou Médical*. L'égoisme n'est pas dangereux quand le médecin économise chaque année une grande partie de ses revenus personnels ou professionnels. Cet heureux — à l'instar des grandes associations financières — peut être son propre assureur. Mais lorsque les réserves d'un médecin sont modestes, quand le moindre naufrage judiciaire peut les anéantir, ne pas être membre du *Sou Médical*, c'est, par le temps qui court, faire preuve d'une imprévoyance très proche cousine de la folie.

(*Bulletin d'oculistique de Toulouse*).

Groupe médical parlementaire. Dans une réunion tenue le 4 juillet, le groupe médical parlementaire a reconstitué son bureau de la façon suivante :

Président: M. Pozzi ; vice-président : MM. Dubuisson et Guillemant ; secrétaires ; MM. Marot et Pedebidou ; questeur ; M. Devins.

— *Syndicat des médecins du Rhône.* — Un conflit existe actuellement entre les trois médecins de Miribel (Ain) et les deux sociétés de secours mutuels de cette localité. Les médecins poursuivent le but, but qui est du reste celui de tous les syndicats médicaux de France, de substituer le tarif de la visite au tarif de l'abonnement qui aboutit souvent à un prix de visite dérisoire. Les médecins de Miribel proposent aux mutualistes une réduction de 50 p. 100 sur le tarif habituel de la ville, soit 1 fr. 50 par visite.

Nous mettons tous nos confrères en garde contre les propositions qui pourraient leur être faites de s'établir à Miribel où le nombre des médecins est plus que suffisant pour assurer le service médical.

Le service militaire de deux ans. — Le Sénat vient de voter la suppression de toutes les dispenses dans l'organisation du service de deux ans. La chambre défunte, dont le sentiment ne différait pas de celui de la nouvelle, s'était déjà prononcée dans le même sens. Y aura-t-il, en ce qui nous concerne, des accommodements avec le ciel, c'est-à-dire des mesures d'atténuation du principe ?

En tout cas, le comité de l'Association générale des étudiants a décidé qu'une démarche serait faite par lui auprès du gouvernement et des rapporteurs de la loi militaire au Sénat et à la Chambre, en vue d'obtenir :

1° La faculté pour tous les étudiants inscrits aux Facultés et aux écoles de l'Etat d'accomplir leur service militaire de dix-huit à vingt-cinq ans, au moment choisi par eux ;

2° L'obligation pour l'autorité militaire d'envoyer sur leur demande les étudiants faire leur service dans les villes universitaires ;

3° La possibilité pour les étudiants inscrits aux Facultés de l'Etat de faire des actes de scolarité et de suivre les cours autant que les besoins du service le permettraient, pendant leur seconde année de présence sous les drapeaux, afin de leur permettre de se présenter aux examens de la session de novembre.

Nos risques professionnels. — Nous ne cessons de répéter qu'à l'heure actuelle il n'est aucun de nous qui ne soit exposé à se réveiller un beau matin avec un procès sur les bras. L'axiome « nul n'est censé ignorer la loi » est un prétexte à tous les guet-apens judiciaires. En voici un exemple aussi authentique qu'invraisemblable, que nous relevons dans la chronique des tribunaux de la presse parisienne de ces jours derniers :

« Au cours d'une grossesse — six mois avant l'accouchement — une sage-femme de Paris Mme R..., avait indiqué à sa cliente, qui lui avait déclaré ne pas vouloir allaiter elle-même son enfant, le nom d'une nourrice qu'elle connaissait en Seine-et-Oise, qui avait déjà élevé des bébés, et à laquelle on pouvait en confier en toute sécurité.

A raison de cette simple indication, toute gratuite, d'ailleurs, et donnée dans le but de rendre service, Mme R... fut déferée devant le tribunal de simple police, pour infraction à l'article 11 de la loi du 23 décembre 1874.

Cet article punit d'une amende de 16 fr. à 100 fr. ceux ou celles qui exercercent la profession d'intermédiaires pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements. En cas de récidive, la peine de la prison pourra être prononcée.

Or le tribunal de simple police n'a le pouvoir que de prononcer des amendes de 1 à 15 fr. Ce qui a permis à Mᵉ André Bardon, l'avocat de la sage-femme, de plaider l'incompétence et de l'obtenir. »

Mais si l'attaque est gratis, la défense ne l'est pas, et, quoique poursuivi à tort, il n'en faut pas moins subir le dommage pécuniaire et moral qu'il a plu à un magistrat, ignorant ou mal intentionné, de vous infliger. Voilà la raison d'être du *Sou médical*, assurance mutuelle contre les procès.

(*Année médicale de Caen.*)

Faculté et Hôpitaux.

Le registre d'inscription pour le 4ᵉ trimestre de l'année 1901-1902 fermera le 15 juillet.

Un cours pratique de chirurgie sur les fractures et les luxations commencera le 21 juillet à 2 h. Il sera fait à la clinique chirurgicale de la Charité par M. Wiart, chef de clinique.

Cinq cents étudiants en médecine, réunis le 7 juillet au grand amphithéâtre de la Faculté, ont voté les statuts de la nouvelle association des étudiants en médecine. Les adhésions sont reçues provisoirement 85, boulevard Saint-Michel.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4829. — M. le docteur Maunoury, de Chartres (Eure-et-Loir), membre de l'Association des médecins d'Eure-et-Loir.

N° 4830. — M. le docteur Petit (Clément), de Paris, présenté par M. le docteur d'Ayrenx, de Paris, membre du Conseil du Syndicat de la Seine et membre de la Société médicale du VIᵉ Arrt.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Choiseau, d'Offranville (Seine-Inférieure), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dʳ H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 29 19 JUILLET 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'exercice illégal... par les médecins.

Mon Dieu, oui, par des médecins. Ce n'est pas une boutade, c'est la réalité. Citons nos auteurs.

Premier récit. Il émane de l'*Impartial*, petite feuille locale qui parle d'un fait relevé dans l'arrondissement de Pontoise (Aulnay-les-Bondy, à un quart d'heure de Paris) : c'est un compte rendu d'audience.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PONTOISE.

(*Audience du 20 juin 1902.*)

Le vrai peut quelquefois ne pas être vraisemblable, témoin la nouvelle suivante, dont nous avons différé jusqu'à présent la publication, voulant laisser agir la Justice en toute connaissance de cause, sans faire de pression sur elle. *Il y a deux ans passés*, le Dr Lavigne mourait et ses fils cédaient le cabinet médical du père à M. Viel. Celui-ci commençait le jour même à exercer à Aulnay, sans qu'il pût venir à l'idée de personne de soupçonner que ce jeune homme, loin d'être docteur, était étudiant en médecine en cours de scolarité.

Néanmoins, comme aux termes de la loi sur l'exercice de la médecine, il n'avait pas fait dépôt de son diplôme en temps voulu à la sous-préfecture et au greffe du Tribunal, les autorités informées firent réclamer à M. Viel, à trois reprises différentes, le dépôt dudit diplôme. Invariablement, M. Viel répondait que dans les quarante-huit heures, il allait se mettre en règle et que, s'il ne l'avait pas fait, c'était parce que, au lieu des diplômes que la Faculté ne lui avait pas encore délivrés, il n'avait qu'un certificat provisoire.

Mais, au mois d'avril dernier, à la suite d'une descente du Parquet de Pontoise dans notre commune, la supercherie était découverte et le jeune homme quittait le pays un beau soir.

Après avoir reconnu par lettre qu'il n'était pas docteur et supplié le destinataire de s'intéresser à lui pour lui éviter une condamnation, il était cité le 20 juin au tribunal correctionnel de Pontoise, pour y répondre du délit d'exercice illégal de la médecine. Comme bien on pense, s'attendant à y trouver des personnes d'Aulnay, il faisait défaut.

Au cours de l'audience, M. le substitut exposait alors que Viel n'avait que 15 inscriptions et qu'il lui manquait la 16e pour avoir terminé sa scolarité, avant de pouvoir subir ses derniers examens, au nombre de 8, qui lui permettraient de soutenir sa thèse. Ces examens étaient : médecine opératoire, pathologie externe, pathologie interne, thérapeutique et médecine légale, clinique d'accouchement, de médecine, de chirurgie.

Sur la réquisition de M. le substitut, le tribunal a condamné Viel, en vertu des art. 13 et 16 de la loi de 1892, à mille francs d'amende et aux dépens, et en cas de non-paiement à la contrainte par corps.

Comme on le voit par ce qui précède, la contrebande professionnelle peut s'exercer longtemps au milieu des populations les plus avisées et sous les yeux des autorités qui sont le mieux à même de se renseigner.

Nous constatons d'ailleurs que jusqu'à ces derniers temps, on refusait, à la Faculté de Paris, de renseigner les Syndicats sur l'authenticité des diplômes et des titres que se donnaient sur leurs cartes de visite certains exploiteurs de la santé et de la crédulité publique. Pourquoi ce mystère encore inexpliqué ? On ne se cache en général que des choses inavouables.

Et comment, ainsi empêchés de se renseigner, les Syndicats prendraient-ils l'initiative de la poursuite en exercice illégal, que l'article 17 de la loi Chevandier semble si bien vouloir leur attribuer comme un précieux privilège ?

Autre affaire. Cette fois, c'est le Président du Syndicat de Lorient, M. le Dr Le Garrec, qui nous écrit ceci :

Nous avons aussi entrepris une campagne contre ces individus qui trafiquent honteusement de leur diplôme et vont de ville en ville duper les malheureux, qui se laissent attraper par de mensongères annonces. Cette campagne que nous avons commencée, le *Concours Médical* devrait la faire sienne et lui donner une vigoureuse impulsion. Les médecins commis-voyageurs sont l'opprobre du corps médical, et il est urgent de prendre contre eux des mesures sérieuses et rigoureuses.

A Lorient, nous avons procédé de la façon suivante : Le Président du Syndicat fait réclamer à ces individus, par le procureur de la République, leur diplôme et la preuve de leur identité. Le commissaire central est délégué par le procureur de la République pour faire une enquête qui donne déjà un premier résultat, d'ennuyer ces tristes personnages. Malheureusement, une sanction judiciaire manque et notre substitut m'a engagé à faire étudier sérieusement la question par notre conseil juridique.

Six à huit médecins passent ici régulièrement tous les mois ou tous les deux mois et font, quelques semaines avant, des annonces charlatanesques dans les journaux de la localité.

Avons-nous le droit de leur faire imposer une patente pour les 3 ou 4 pièces qu'ils occupent à ce moment dans les hôtels ?

L'enregistrement du diplôme à la sous-préfecture de Lorient ne peut-il pas être imposé ?

Le Syndicat a-t-il le droit de faire insérer dans les journaux locaux des notes mettant en garde le public contre ces annonces fallacieuses ?

Veuillez agréer, Dr Le Garrec.

Il ne nous paraît pas difficile de répondre très nettement aux questions de notre confrère, mais non sans le féliciter d'abord d'en avoir agi ou fait agir, à l'égard de ces parasites ambulants, par les procédés qu'on oppose au vagabondage.

La première question qui se présente est celle de l'enregistrement du diplôme au chef-lieu de l'arrondissement où l'on va exercer, et la nécessité de renouveler cette formalité à chaque changement de résidence, de domicile.

La loi dit :

« Article 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

« Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

« Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

« Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

FEUILLETON

Esquisse sur le rôle de la Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire.

Par le Dr P. Trolard (d'Alger).

« Les collèges sont de vrayes geaules de jeunesse captive ». (Montaigne).

Les docteurs Paul Legendre et Albert Mathieu, qui viennent de fonder « la Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire » nous invitent à leur faire parvenir nos idées et nos réflexions au sujet du rôle de cette Ligue.

Répondant à cet appel, je viens apporter mon modeste contingent à l'œuvre, car, dans une question aussi grave, personne ne doit se dérober ; l'insuffisance elle-même, et c'est mon cas, ne saurait être une excuse valable. On ne nous convie pas, du reste, à un tournoi académique ; on nous demande seulement des arguments et des faits. Cela, tout le monde en est capable ; il n'est pas nécessaire d'être un styliste de haute envergure pour raconter ce que l'on a vu ou entendu, pour exposer sa manière de voir et de comprendre les choses. C'est pourquoi j'ai accepté l'invitation et viens prêcher d'exemple. Question grave, viens-je de dire ; elle l'est, en effet. Nos légions intellectuelles ne sont-elles pas aussi faibles devant nos rivaux que l'était l'armée en 1870 devant les Allemands. Les états majors sont brillants, très brillants ; ils comptent de nombreuses illustrations ; mais les cadres et les soldats ne sont pas en état de lutter avec l'étranger. Or, d'où sortent ces cadres et ces soldats ? De l'enseignement secondaire.

Cette pépinière a produit, il est vrai, les personnalités marquantes qui constituent les états majors dont il vient d'être parlé ; mais ces succès, restreints quant au nombre, ne prouvent qu'une chose : c'est qu'elle est adaptée seulement aux intelligences supérieures, aux esprits d'élite. Or, cela ne suffit pas. Il ne faut plus que les rejetons vigoureux dès leur premier essor étouffent ceux qu'un peu d'air aurait pu laisser vivre et peut être devenir vigoureux à leur tour. Il ne faut plus que des jeunes gens qui ont en eux des ressources utilisables restent des valeurs stériles, soit parce qu'ils ne sont pas soutenus, guidés, soit parce que, devant l'accumulation des besognes, ils ne savent où donner de la tête et, découragés, se laissent aller à vau-l'eau, soit enfin parce que leur corps ou leur cerveau succombent sous le poids du surmenage.

Ceux-là sont, malheureusement, le plus grand nombre. Sur cent élèves qui commencent ensemble leurs études, combien émergent ou prennent une place, même petite, dans le monde des sciences et des lettres ? Il serait difficile de fixer un chiffre ; mais certes, il ne va pas, ce chiffre, au-delà de quelques unités. Le restant, ce sont des mécontents, des éclopés du cerveau, des malingres qui se sont étiolés entre les murs du lycée-caserne, des infirmes contagionnés par les épidémies physiques et morales qui y sévissent à l'état permanent, des déclassés, de bien pâles médiocrités. Et parmi les arrivés, combien ont usé aussi leur santé dans la lutte ; quels procréateurs ils seront ! quels pauvres successeurs ils se donneront !

Au point de vue de la défense nationale, le danger n'est pas moins grand. Ainsi que M. Lagneau l'a établi devant l'Académie de médecine, c'est parmi les instruits que l'on constate le plus de réformés, aux conseils de révision. L'Etat, qui dépense le plus clair des impôts à assurer la défense, a donc trouvé le moyen d'affaiblir lui-même son œuvre !

Un système d'enseignement qui produit de tels résultats est condamné. Oh ! il l'est et depuis longtemps ; seulement, il est toujours debout ; et ce ne sont pas les réparations que l'on va faire au vieil édifice vermoulu, sur les recommandations d'une Chambre expirante, qui le rendront solide et habitable.

Depuis longtemps, on souhaitait voir à défaut du public lui-même, le parlement s'emparer de la question et imposer sa volonté à l'Université, comme il

« Article 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'art 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr. »

Or, on aperçoit bien que des gens qui passent quatre ou cinq jours à chaque endroit peuvent essayer de tourner la lettre de l'article 9, car ils ne sont jamais dans les conditions prévues par le texte littéral. Mais ils ont pourtant un domicile quelque part : or, *du jour* où ils en sortent pour exercer ailleurs, à date fixe, et pendant une durée de plusieurs jours, le *Syndicat* serait sans doute écouté par le tribunal correctionnel, s'il soutenait que dans le mois qui suit à partir de cette date, les médecins ambulants doivent, fussent-ils déjà envolés ailleurs, avoir fait enregistrer leur diplôme ou bien être tombés sous le coup de l'article 23. — On y regarderait sans doute à deux fois chez les magistrats avant de conclure en sens inverse, c'est-à-dire avant de créer, par la jurisprudence, une classe de médecins romanichels, échappant à toutes les obligations introduites dans la loi en vue de protéger la santé publique en général, et notamment au contrôle visé par les articles ci-dessus.

Aussi estimons-nous : 1° qu'il appartient au parquet de prendre l'initiative de poursuites contre les ambulants, qui tournent ou violent impunément les principes fondamentaux de la loi Chevandier : 2° que le Syndicat, lésé dans l'universalité de ses adhérents, devra se porter partie civile en réclamant des dommages-intérêts en rapport réel avec le préjudice causé.

La seconde question qui nous est soumise, vise la patente des mêmes nomades, marchands de médecine. Nous n'hésiterons pas à conseiller au Syndicat d'en saisir le fisc. Avec raison, cette fois ; l'Administration invoquera l'esprit de la loi du 15 juillet 1880, qui ne laisse aucun doute, et que nos confrères du Sénat ont eu tant de peine à faire fléchir en faveur de la cause pourtant si légitime des médecins de villes d'eaux, *résidant ailleurs quand ils n'exercent pas.* — Et si les persécutés, que nous avons en vue à Lorient échappent à la réclamation du fisc devant les tribunaux, ce sera à la faveur d'*attendus* où ils gagneront la considération qu'ils méritent, en se faisant ranger dans les catégories des ambulants (art. 18), des commis-voyageurs, des colporteurs avec balle (art. 23), pour lesquelles la loi fiscale a quelques tendresses. Même en perdant le procès, nos amis auraient ainsi la satisfaction de rendre justice à tous ceux qui sont intéressés dans la question : public, médecins, et braconniers eux-mêmes.

Reste le troisième point : contre-publicité à faire dans les journaux locaux. C'est le Conseil judiciaire du Syndicat, qui doit renseigner nos

---

l'avait imposée aux généraux, lesquels aussi, trouvaient que tout était bien ou à peu près et qu'il fallait surtout se garder d'emprunter quoi que ce soit aux voisins.

Un instant, l'on put croire que ce souhait allait se réaliser. Une grande commission nommée par la Chambre se mit à l'œuvre et déposa, après dix huit mois de travail, un rapport que l'on a jugé être l'œuvre la plus considérable de la Chambre défunte. Sans vouloir chercher à affaiblir les éloges qu'on lui a décernés de toutes parts, je demande seulement à faire remarquer que la Commission, qui a entendu toutes les sommités sans exception, aurait peut-être gagné à entendre quelques humbles serviteurs de l'Université. Quoiqu'il en soit, le rapport était suffisamment documenté, pour permettre à la Chambre de donner une grande ampleur aux débats et en même temps de descendre aux principaux détails. Il n'en a point été ainsi ! En trois demi-séances, l'affaire a été réglée ! Tant pis pour ceux à qui incombe la responsabilité de cet avortement ! Tant pis surtout pour le Pays, qui était en droit d'attendre de ses Représentants plus de souci de ses intérêts primordiaux !

En somme, tout est à reprendre et ce n'est plus que de nous-mêmes maintenant que nous devons attendre le Salut, c'est-à-dire la refonte complète de l'Université, depuis l'enseignement primaire jusqu'à l'enseignement supérieur, après qu'on aurait fait table rase de tout ce qui existe. Quand on pense qu'il s'est trouvé des hommes pour dire à la Chambre que tout était pour le mieux dans les enseignements primaire et supérieur et quand on pense qu'il s'est trouvé une majorité pour approuver, la seule conclusion à tirer, en effet, est que nous ne devons plus nous en rapporter qu'à nous-mêmes du soin de faire nos affaires.

Liguons-nous donc ; unissons nos efforts vers un but commun, pour nous sauver des railleries des indifférents et des impuissants qui attendent béatement tout de l'Etat. Providence, sans nous inquiéter non plus des accusations que l'on ne manquera pas de nous jeter à la face, car on nous accusera, c'est certain, de manquer de patriotisme et de faire le jeu des congrégations. Avant 1870, on traitait de prussiens ceux qui osaient dire que l'on courait à un cataclysme. Les vrais, les seuls patriotes, étaient l'homme qui à la tribune déclarait qu'il ne manquait pas un bouton de guêtre à l'armée française et ceux qui l'applaudissaient, c'étaient ceux qui criaient à tue-tête : « Vive l'Empereur ! A Berlin ! »

Les véritables adversaires de l'Université, les plus grands partisans de l'enseignement congréganiste, dirai-je, pour n'envisager la question qu'au seul point de vue de l'antagonisme ou de la concurrence des deux enseignements rivaux, sont ceux qui veulent, sous une forme ou sous une autre, continuer l'ancien état de choses. « Il n'y a qu'un moyen de ne pas avoir à redouter la concurrence des congréganistes, c'est de faire mieux qu'eux » !

* * *

Au point de vue de l'hygiène, le bilan de nos revendications sera vite établi. Il nous suffira d'en emprunter les articles aux procès-verbaux de l'Académie de médecine — il n'a même pas été fait mention, ni dans le rapport de la commission, ni dans les débats de la Chambre, de la discussion de l'Académie de médecine en 1887 sur le surmenage intellectuel — et au travail de M. Legendre sur le régime alimentaire des lycées. Avec ce médecin, on peut résumer ainsi ce bilan : « Insuffisance ou défectueuse organisation des exercices physiques, vicieuse installation des locaux, négligence de la propreté corporelle, mépris de l'hygiène alimentaire ».

Il y aurait un moyen de remédier à une importante partie de ces déplorables défectuosités, ce serait la suppression de l'internat. Nous aurons à discuter si, malgré les difficultés que nous rencontrerons, nous ne devons pas la poursuivre et resolument. Nous ne nous laisserons pas arrêter, je l'espère du moins, par l'objection enfantine qui a désarmé les quelques partisans de l'externat ; ceux-ci avaient déclaré préférer la vie de famille à la vie de caserne, pour les enfants dont les parents sont éloignés du siège du lycée ; mais quelqu'un ayant fait remarquer que les boursiers ne pourraient prendre pension dans les familles, la conviction de ces députés s'est éteinte

confrères sur leurs droits en la matière et sur les précautions à employer dans l'usage de ces droits. Disons seulement, que nous ne prêchons pas la timidité devant les petites embûches possibles de ce côté. Pourquoi ? Parce que, quand un Syndicat a fait entrer ses membres dans le *Sou Médical*, il attend volontiers sous l'orme le papier timbré que lui vaut la défense de la santé publique en matière d'exercice illégal.

Il est des exemples devant lesquels on ne doit pas reculer, quand on a fait à la prudence la part qui lui revient.

H. J.

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 26 juin 1902.

L'Assemblée générale, présidée par M. le Dr Gassot, président du Conseil d'Administration, se constitue en nommant assesseurs MM. les docteurs Catuffe, de Neuilly-sur-Seine et Mignon, des Mureaux (Seine-et-Oise), et comme secrétaire, M. le docteur Jeanne, de Meulan.

Le Président déclare que les annonces pour l'Assemblée générale ont été faites légalement dans le nº 151 des *Petites Affiches*, du 31 mai 1902, et dans les nos 23, 24 et 25 du *Concours Médical* des 7, 14 et 21 juin 1902.

La liste de présence constate la présence réelle, ou par pouvoir, des possesseurs de 632 actions.

Les statuts exigeant pour la constitution légale de l'Assemblée générale la représentation du quart du capital social, il en résulte que l'Assemblée est légalement constituée,

M. Pannetier, administrateur délégué, donne lecture du rapport du Conseil d'administration.

RAPPORT

du Conseil d'Administration de la Financière Médicale sur sa gestion pendant l'année 1901.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport sur le fonctionnement de la Financière Médicale pendant l'année 1901. Le bilan est établi ainsi qu'il suit au 31 décembre 1901 :

Actif

Société Générale	7 35
Société française de reports	55.571 50
Caisse	165 98
Emprunteurs	158.200 00
Participation. Intérêts 1901	6.988 13
Frais de constitution	7.911 32
Avances à l'Etat	147 88
Total	228.992 16

Passif

Capital	220.000 00
Créditeurs divers	1.627 25
Fonds de réserve	387 95
Coupon nº 1 (dividende non touché)	1.941 00

aussitôt. Il paraît que le principe des bourses repose sur l'obligation d'en dépenser une partie entre les mains de l'Etat-Hôtelier. Qu'on ne croie pas à une plaisanterie ; cela a été dit, je ne dirai pas : sérieusement, puisque je n'y étais pas, dans une Chambre française.

Pulsque l'internat sera conservé encore pendant longtemps, nous nous efforcerons de l'améliorer ; et la première résolution à prendre à cet égard, consistera à déclarer néfaste, absolument contraire aux préceptes les plus élémentaires de l'hygiène, toute installation d'internat dans une grande ville.

Quand il s'agira de constructions nouvelles, nous aurons à demander que l'on écoute les conseils des personnes compétentes en matière d'hygiène. Il y a très probablement au Ministère de l'Instruction publique un ou plusieurs médecins désignés pour donner leur avis dans ces circonstances ; mais, à en juger par les résultats, on est porté à croire ou que l'on ne les consulte pas ou que, si on les consulte, on passe outre à leur opinion. Il me semble qu'une commission permanente de l'Académie de médecine aurait plus de chance d'imposer son autorité ; il est vrai que les bureaux et les architectes ne veulent pas avoir à compter avec les commissions techniques ; mais cela n'est pas une raison suffisante pour que nous n'examinions pas ce point. En faveur de cette proposition, j'ajoute que dans les commissions, la diversité des opinions émises se traduit le plus souvent par une résultante qui a des chances de se rapprocher de la vérité.

A l'hygiène courante, un des rapporteurs de l'enquête parlementaire a consacré quelques pages ; le ministre a été muet sur ce point et dans son projet et à la tribune. Quant aux exercices physiques, le programme tient dans les deux lignes suivantes : « On développe l'éducation physique et la vie en plein air, on généralise tous les exercices et jeux capables d'assurer la souplesse et la vigueur du corps ». Evidemment, le but à poursuivre est indiqué en fort bons termes ; mais n'était-il pas indispensable d'aller un peu plus loin et de dessiner au moins les principales lignes de l'exécution pratique ? On eût aimé aussi voir le ministre faire connaître sa ferme volonté d'éviter à ses intentions le sort qu'ont eu celles de l'un de ses prédécesseurs, il y a quinze ou vingt ans, à propos de l'introduction de la gymnastique dans les lycées et les collèges. La Ligue veillera à ce qu'il n'en soit pas ainsi ; elle examinera s'il ne conviendrait pas dans les examens définitifs, de faire figurer des épreuves de gymnastique, les élèves négligeant toujours les matières qui ne leur sont pas demandées aux examens. Il devrait en être de même pour le dessin.

Sur les palmarès, la gymnastique figure aux dernières lignes de la dernière page, tandis que l'instruction religieuse brille à la place d'honneur, — ce qui est assez singulier pour des établissements laïques — je ne propose pas d'intervertir l'ordre ; mais ne pourrait-on les mettre l'un à côté de l'autre à la fin de la brochure ? Le voisinage d'un enseignement très distingué relèverait peut-être la gymnastique du peu de considération dont elle jouit.

En somme, ce n'est pas la besogne qui manquera à la Ligue ; elle aura à réunir les matériaux un peu partout, à les coordonner, à faire une sorte de code sanitaire scolaire qu'elle soumettra aux assemblées publiques compétentes et c'est à elle que reviendra le soin d'en réclamer la mise en vigueur.

Quel en sera l'exécutif ? Est-ce le médecin actuel, qui n'est guère qu'un fonctionnaire accessoire dans un lycée ? Il est dépourvu de toute autorité au dehors de l'infirmerie, ne fait partie d'aucun conseil ; en temps d'épidémie, son avis n'est même pas demandé, pour les mesures à prendre — du moins, il n'y a pas de règlement y obligeant l'administration — et l'on voit alors des cas comme celui-ci : un proviseur consentant enfin à prescrire les revaccinations, seulement quand un décès a déjà eu lieu dans l'intérieur de son établissement.

Conçoit-on les prescriptions du service militaire de santé sans les médecins du régiment, pour les appliquer et en requérir l'exécution, au besoin ? Evidemment, il faut aux médecins de lycée faire une toute autre situation que celle qu'ils ont ou, plus exactement, qu'on leur en crée une, car il n'existe actuellement aucun règlement sur leurs attributions ; il faut qu'ils disposent d'une certaine autorité et

Profits et Pertes. Report de 1900..... 507 12 / Solde de 1901...... 4.528 81		5.035 96
Total........		228.992 16

COMPTE DES PROFITS ET PERTES

Doit

Frais généraux..............................	4.091 91
Différence d'évaluation de la taxe sur le dividende de 1900......................	11 (0
Amortissement des frais de constitution	452 08
Solde mentionné au bilan...............	4.528 84
Total..........	9.086 83

Avoir

Intérêts reçus de la Société de Reports.	2.098 70
Id. — par la Participation. Intérêts de 5 % sur les prêts......................	6.988 13
Total...........	9.086 83

Ainsi que vous le constatez, notre bilan se solde à l'actif et au passif par la somme de 228.992 fr. 16.

A l'actif, nous relevons la somme de 7 fr. 35 à la Société générale.

Nous avons encore en dépôt à la Société française de reports et dépôts, rue Louis-le-Grand la somme de 55.571.50. L'intérêt moyen pendant l'année 1901 a été de 2.82 %; l'année 1900, nous avions à la Société des reports la somme de 83.579.25 et l'intérêt moyen avait été de 3,72 %.

Nous avons en caisse la somme minime de 165. 95.

Le montant des prêts consentis aux sociétaires de la Participation s'élève au total de 158.200 répartis en 253 sociétaires, à la fin de l'année 1900; nous avons prêté la somme de 130.500 à 290 sociétaires.

Nous ne vous répéterons pas dans quelles conditions nous exécutons, nous vous l'avons expliqué dans nos derniers rapports, nous n'avons pas modifié notre manière de faire.

Pour des raisons spéciales, cette année, la Participation ne donnera pas de ristournes, nous toucherons seulement les intérêts à 5 % du capital que nous avons prêté, soit la somme de 6.988. 13 inscrite au bilan.

Nos frais de constitution et de premier établissement ne figurent plus que pour la somme de 7911.32 au lieu de 8.363.40 en 1900.

Nous avons encore à porter à notre actif, la somme de 147 fr. 88 représentant les avances faites à l'enregistrement, comme impôt sur le dividende.

Au passif, nous trouvons le capital social, 220.000, les créditeurs divers pour la somme de 1.627.25, le fonds de réserve pour 387 fr. 95. Le montant des coupons n° 1, qui n'ont pas encore été payés 1941 fr. et enfin le compte des profits et pertes qui figure pour 5035.96. consistant dans le report de l'année 1900, 507 fr. 12 et dans le solde de l'année 1901.4528.84.

Si maintenant nous examinons le compte

---

d'une indépendance complète. Et, comme on ne pourra leur demander de consacrer chaque jour une partie de leur temps à passer dans les dortoirs, dans les études, dans la cuisine, à s'assurer que certaines installations et certains appareils ne sont pas là seulement pour la forme, comme on ne pourra leur demander tout cela en leur conservant les dérisoires subventions, il faudra les dédommager convenablement de leur surcroît de besogne et de responsabilité.

Un rapporteur de l'enquête parlementaire a proposé la création d'un emploi de médecin-inspecteur dans les grands établissements. Je n'aperçois pas bien l'utilité de ce nouveau rouage : un seul médecin, pourvu qu'il soit convenablement rétribué, me paraît suffisant et, à mon avis, cette dualité de fonctions médicales ne serait pas sans nombreux inconvénients.

La Ligue aura en outre à voir si elle ne devra pas intervenir non pas pour imposer, mais pour recommander les personnes qui leur paraîtront aptes à faire partie des comités d'administration des lycées. Ces comités paraissent devoir jouer un certain rôle dans l'avenir. Je dis : paraissent, car, si quelques orateurs en ont parlé à la Chambre, le Ministre n'y a pas fait allusion pendant les débats et dans son programme ; c'est de l'ancien comité qu'il est très probablement question.

Des éclaircissements pourront être demandés à ce sujet au Ministère, et s'il en résulte qu'en s'abstenant de détromper les orateurs dont il vient d'être question, le Ministre a acquiescé tacitement à leurs vœux, il y aura lieu de tirer le meilleur parti de ces comités, dont l'action serait assez étendue, en y envoyant des hommes — et aussi des femmes — compétents et indépendants.

***

Je viens maintenant aux « méthodes que nous déplorons comme facteurs de surmenage et d'hébétude pour beaucoup d'enfants » (Legendre). Et d'abord sommes-nous dans notre rôle, nous médecins, en nous occupant du surmenage intellectuel ? La réponse à cette question ne saurait être douteuse ; en 1887, l'Académie de médecine a été catégorique à cet égard ; le sujet est parfaitement de notre compétence.

Le surmenage n'est pas dû seulement à la surcharge cérébrale par excès de poids des matières enseignées ; il peut se produire aussi, quand les élèves sont obligés d'absorber des matières pour lesquelles ils n'ont aucun goût, aucune aptitude, ou pour lesquelles leur cerveau n'est pas encore prêt. Cette deuxième cause du surmenage est peut-être plus fréquente que la première, car, à la rigueur, lorsque les études plaisent, on peut largement s'y livrer sans trop craindre l'indigestion. Il n'en est plus de même quand l'absorption se fait à contre-cœur ou au prix d'efforts considérables. Ces modes de surmenage, nous les trouvons en usage courant dans l'Université. Il suffit d'ouvrir un programme du baccalauréat pour se rendre compte qu'il doit y avoir surcharge pour presque tous, sinon pour tous. D'un autre côté, parmi les nombreuses matières de ce programme que le candidat au baccalauréat doit posséder, il y en a certainement pour lesquelles il ne se sent aucune disposition. Quant à la façon dont on tient compte de l'état de préparation de l'intelligence, qu'on en juge : voici quelques questions posées aux examens : Réfuter le scepticisme moral fondé sur la diversité et la contradiction des opinions et des doctrines. — Les passions diverses et leurs définitions suivant Malebranche et Descartes. — Le critérium de la certitude et les lois de l'habitude. — Les lois des rêves ou somnambulisme, de la folie et des hallucinations — La valeur de l'impératif catégorique et la théorie de la volonté.

Il y a eu des enfants d'intelligence supérieure qui ont pu, à la satisfaction de quatre ou cinq savants, sortir victorieux de ces dures épreuves ; ils sont vraiment à admirer ! Mais ceux qui n'ont qu'une bonne intelligence moyenne, se les représente-t-on se préparant à soutenir des thèses de ce genre !

Il ne suffit pas de faire de nos enfants de subtils métaphysiciens ; ils doivent en outre être physiciens, chimistes, etc., etc. ; ils doivent même être médecins. Voici des exemples de questions posées aux examens : De l'œil. Pourquoi la cataracte pri-

des profits et pertes, nous trouvons au débit :
1° Les frais généraux pour 1901, 4105 fr. 91 représentant le loyer, les traitements de l'employé, de l'Administrateur délégué, des commissaires des comptes, les jetons de présence, les frais d'enregistrement, de correspondance, d'assemblée générale et surtout la patente et les impôts, qui forment à eux seuls la somme de 1075 fr. 63.
2° L'amortissement des frais de constitution pour 452 fr. 08.
3° Le solde disponible mentionné au bilan soit 4528 fr. 84.
Par contre, l'avoir porte :

Intérêts reçus de la Société française de Reports	2.098 70
Intérêts reçus de la Participation à 5 %	6.988.13
Total	9.086.83

Le solde disponible en fin décembre 1901 est de 5.035 fr. 96.
Nous proposons à l'assemblée générale les attributions suivantes :

1° 5 % à la réserve légale sur 4.528 fr. 84.	226 45
2° Un dividende de 2 % par action	4400 00
3° Impôt de 4 % sur le dividende	183 34
4° A reporter à l'exercice 1902	226 17
Total	5035.96

Nous vous répèterons ce que nous vous disions l'an dernier : nous ne pouvons vous donner un dividende plus élevé, à cause des exigences des contributions, malgré toutes les demandes que nous avons faites au conseil de Préfecture, nous n'avons pu obtenir de modération sur notre patente. En présence des difficultés financières de l'année 1901, nous devons nous féliciter de pouvoir donner un dividende, envisager l'avenir en toute confiance et espérer des jours meilleurs pour la « Financière médicale ».

M. le docteur Arthur Petit, commissaire des comptes, donne ensuite lecture de son rapport :

Rapport de la commission des comptes de la « Financière Médicale ».

pour le 3e *exercice* : 1er *janv.* 1901. — 31 *décembre* 1901.

Mes chers confrères,

Dans la dernière assemblée générale du 13 juin 1901, vous avez bien voulu me continuer la fonction de commissaire des comptes de la « Financière Médicale ». Je viens vous apporter les résultats de ma vérification.

J'ai examiné les différents livres de comptabilité : journal, grand-livre, livre d'inventaire. Ils sont correctement tenus, ainsi que les livres auxiliaires, et le bilan qui vous est soumis en est la traduction fidèle.

Les pièces de recettes et de dépenses m'ont été soumises. L'encaisse est exact.

---

ve-t-elle de la vue ? — Opération de la cataracte.— Os du crâne. Leur mode de réunion. — Choroïde. Procès ciliaires. Iris. — Fractions du foie. — Enumérer les os de la face. — Système nerveux de l'homme. — Qu'est-ce qu'un acte réflexe ? Structure et fonctions du rein.

« Nos candidats, disait un examinateur au baccalauréat, sauraient seulement la dixième partie de ce que nous leur demandons, que nous nous estimerions heureux. » Et il s'en prenait à l'indolence, à la paresse de « ces mauvais élèves » ; il ne songeait pas à accuser l'horrible machine qui les avait fourbus !

Si du côté des jeunes gens le nombre des victimes de la machine est considérable, que sera-ce du côté des jeunes filles qui, pour la plupart, n'ont pas l'endurance des premiers ? Comment résisteront-elles à un système d'entraînement dont on peut se faire une idée par les questions suivantes posées à un examen pour le certificat :

Composition de langue française. — Qu'entend-t-on par archaïsme et par néologisme ? A quel âge d'une langue voit-on généralement se produire le goût de l'un et de l'autre et à quel moment d'une littérature ? Quelles sortes de talents et d'esprits s'enhardissent volontiers à l'un et à l'autre ? Quels genres d'écrits y peuvent prêter davantage ? De l'usage et de l'abus soit de l'archaïsme, soit du néologisme ; en quoi l'abus, des deux parts, est-il à redouter.

Composition de littérature. — Dire quels services peuvent rendre au goût, à la littérature, aux mœurs, les salons brillants et choisis, les cercles polis et lettrés auxquels une femme digne de ce rôle préside. De quels travers d'esprit doivent-elles se garder ?

Composition d'histoire. — Charles-Quint avait été général et roi ; Philippe II n'avait été que roi ; Philippe III et Philippe IV furent à peine des rois ; Charles II à peine un homme. Expliquez ce jugement, en exposant rapidement le rôle et l'histoire de l'Espagne au XVIe et au XVIIe siècles, surtout dans ses rapports avec la France.

A 16 ou 17 ans, nos jeunes filles devront dorénavant être en mesure de répondre à des questions de ce genre !!! De l'extrême ignorance dans laquelle on les tenait enfermées, systématiquement pour ainsi dire, on est passé à un summum d'érudition qui en fera des pédantes et des cacochymes si le but n'est pas atteint et qui, s'il l'est, dénaturera chez elles la raison d'être de la femme, tout ce qui fait sa supériorité sur l'homme dans certains côtés de la vie. Il est vrai qu'elles pourront embrasser la carrière diplomatique et y avoir des succès.

Le nouveau programme, celui auquel la Chambre a donné son adhésion au mois de février dernier, ne va-t-il pas supprimer les causes du surmenage ? Qu'il me soit permis d'en douter. La réforme n'est en réalité qu'une simple retouche, avec cette circonstance aggravante qu'elle complique singulièrement la situation.

On verra plus loin, en effet, que le projet ministériel comporte quatre enseignements. Il est vrai que cela ne s'appelle plus des enseignements, mais « des groupements de cours principaux ». On abolit ainsi les dénominations de « classique » et de « moderne », qui ne peuvent que perpétuer une rivalité funeste. Autrefois, on avait aussi voulu faire cesser la rivalité funeste en question, qui existait entre l'enseignement du français et l'enseignement du classique, en baptisant le premier du nom de moderne ; et comme la profonde réforme n'a rien fait cesser du tout, on est convenu que « tout enseignement secondaire digne de ce nom doit être à la fois classique et moderne » ; c'est-à-dire que l'enseignement classique sera en même temps moderne, que le moderne sera classique, et que l'enseignement qui ne comprendra pas un seul mot de grec et de latin n'en sera pas moins classique. Et dire que l'on a cherché longtemps pour mettre fin aux quolibets que les classiques faisaient pleuvoir, alors que c'était chose si simple ! En fin de compte, la dualité tant critiquée disparaît, pour faire place à un enseignement quadriforme ! !

En réalité, c'est une refonte complète de l'institution qui s'impose, et aussi bien au point de vue du personnel enseignant qu'à celui des programmes d'études.

Au premier point de vue, je constate — et dans le projet ministériel je ne vois rien qui soit de nature à

Bilan

Actif.

Société générale	7 35
Société française de reports	55.571 50
Caisse	165 98
Comptes courants	158.200 00
Participation	6.988 13
Frais de constitution	7.911 32
Avance à l'Etat	147 88
	228.992 16

Passif.

Fonds social		220.000 00
Créditeurs divers		1.627 25
Fonds de réserve		387 95
Coupon nº 1		1.941 »»
Profits et pertes. Report 1900	507 12	5.035 96
Solde 1902	4.528 84	
		228.992 16

Compte des profits et pertes.

Frais généraux	4.094 91
Différence dans l'évaluation de la taxe sur le dividende de l'exercice 1900	11 »»
Amortissement des frais de 1er établissem.	452 08
Solde mentionné au bilan	4.528 84
	9.086 83
Intérêts de la Société de reports	2.098 70
Intérêts de la Participation	6.988 13
	9 086 83

Répartition

Solde disponible : 5.035 96

5 % à la réserve légale	226 45
Dividende à 2 % par action	4 400 »»
Impôts 4 % sur le dividende	183.34
A reporter à nouveau	226 17
	5.035 96

Les chiffres de ces différents comptes appellent quelques remarques.

Bilan. Nous voyons à l'actif que l'en caisse à la Société des reports, qui était fin 1900 de 83.579,25, tombe à 55.571,50 pour fin 1901. Différence 28.007,75.

Par contre, nos prêts à la Participation passent de 130.500 à 158.200, en augmentation de 27.700.

Le compte « Frais de 1er établissement », qui ne représente qu'une valeur purement fictive est réduit de 8.363,40 à 7.911,32 avec un amortissement de 452,08.

Compte de profits et pertes.

Les frais généraux, inscrits dans le précédent exercice pour 4.152,06, figurent, cette année, pour 4.094,91.

L'argent n'ayant pas été cher pendant l'année dernière, il s'ensuit que les sociétés de reports n'ont pas fait de brillantes affaires. De là cette chute d'intérêt de presque 1 % : — 3 1/2 à 2,82.

C'est probablement à la même cause de diminution du prix de l'argent qu'il faut attribuer le

---

modifier cette constitution — que, si la très grande majorité des professeurs aiment leur enseignement, ceux qui savent le faire aimer de leurs élèves ne constituent pas la majorité. Or, il importe que l'on rende l'étude facile et agréable aux enfants, sous peine de surmener ceux d'entre eux qui veulent arriver quand même.

Le bon maître n'est pas celui qui compte dans sa classe quelques élèves d'élite ; dans presque toutes les classes, il y en a, quel que soit le professeur ; le bon maître est celui qui compte le moins de mauvais élèves, je devrais dire qui en compterait, car, sauf dans quelques établissements réputés, l'expérience ne saurait être concluante dans les conditions actuelles. Partout ailleurs, les élèves sont nombreux dans les basses classes, au point qu'on dédouble celles-ci ; mais ils s'égrènent et disparaissent au fur et à mesure qu'ils gagnent les classes supérieures. La sélection est certainement pour une part dans ce triage ; mais qui peut dire que beaucoup d'éliminés n'auraient pas persisté, s'ils avaient été soutenus, guidés, encouragés, comme ils l'avaient été dans les classes inférieures, où ils étaient le plus souvent dans les derniers rangs ; ils n'étaient cependant pas des traînards et des nullités ? En quatrième, en troisième, l'essaimage continue et il n'y a qu'un quart, un tiers des élèves qui soient capables de suivre — et encore à peu près, pour la plupart, — les « cours » du professeur : voir les résultats du baccalauréat.

On ne peut pourtant pas mettre en doute le savoir des maîtres à qui sont confiées les classes supérieures. Certainement non ! Mais ne peut-on se demander si ce n'est pas précisément la haute valeur du professeur qui le rend peu propre à dispenser un enseignement d'ordre inférieur ? Le normalien, par ses études élevées, est fait pour l'enseignement supérieur, pour celui des Facultés et non pour l'enseignement secondaire.

Qui peut le plus, peut le moins, dira-t-on. Il ne faut pas abuser des maximes, même quand elles sont empruntées à la sagesse des nations. Si celle-là était applicable dans l'espèce, il n'y aurait pas de raison pour que les normaliens ne fûssent aussi chargés de l'enseignement primaire.

Ce qui prouve bien qu'ils ne remplissent pas la mission qu'on leur a confiée, ou plus exactement qu'ils ne sont pas à leur place, c'est que le ministre lui-même a reconnu la nécessité de leur faire suivre des cours de pédagogie. Je prends acte de la décision du grand maître de l'Instruction publique en tant qu'argument favorable à ma thèse ; mais je ne crois pas qu'elle améliore en rien la situation. Je ne me représente pas bien les hautes intelligences que sont ces élèves de normale buvant les paroles d'un docteur ès pédagogie. Autant vaudrait astreindre les grands maîtres de la peinture, qui veulent faire des élèves, à suivre des leçons où on leur apprendrait la façon d'enseigner les éléments du dessin aux petits écoliers. La pédagogie ne s'apprend pas, à mon avis du moins ; c'est un don que l'on possède et qui se perfectionne par la pratique de l'enseignement.

La place des normaliens est dans les Facultés : là ils sont dans leur vrai milieu ; ils peuvent donner carrière à leurs goûts, choisir comme enseignement et comme étude la branche qui a leur préférence. Il n'est nul besoin de leur apprendre à enseigner ; il faut même bien s'en garder, on risquerait d'étouffer ce qu'il y aurait d'original en eux.

Autre considération non sans importance : dans les Facultés, ils sont « honorés » d'une façon plus digne. Passer par l'école normale supérieure, pour arriver, au bout d'une longue carrière, à toucher des appointements inférieurs à ceux d'un chef de rayon d'une maison de nouveautés, ce n'est pas ce que l'on peut appeler une brillante perspective. L'on conçoit presque que, devant un avenir aussi doré, le professeur ne s'ingénie pas à tirer de sa classe tout le parti qu'il pourrait en tirer et qu'il se contente d'être suivi de quelques élèves en qui il se reconnaît lorsqu'à leur âge il était en face de la chaire.

En somme, il faut ou changer complètement le niveau des études de l'école normale supérieure, si elle doit fournir surtout le personnel de l'enseignement secondaire ; ou, si on maintient ce niveau, diriger ses élèves vers le haut enseignement seulement.

L'École des ponts et chaussées ne produit que des ingénieurs ; elle ne produit ni des piqueurs, ni des

ralentissement des prêts à la Participation. Les sociétaires peuvent trouver les fonds dont ils ont besoin à un tarif moindre que 5 %, et il ne viennent pas aussi volontiers à nous.

D'un autre côté, la Participation elle-même, pour des questions de réorganisation intérieure, n'a pas fait les bénéfices qu'on aurait pu attendre et elle ne nous a donné que notre intérêt tout sec et sans ristourne.

Nos frais généraux sont lourds, surtout par la patente énorme dont on les a chargés. Nous savons d'ailleurs que votre conseil d'administration cherche à les alléger.

Nous estimons donc que, dans ces conditions, le dividende proposé de 2 % est raisonnable, et nous vous engageons à l'accepter.

Paris le 15 mai 1902. Dr A. PETIT.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix les résolutions suivantes :

1re Résolution

Les comptes et le bilan de l'exercice 1901 sont approuvés dans les termes où ils sont présentés par le Conseil d'Administration. (*Adopté à l'unanimité.*)

2e Résolution

Il sera versé à la réserve légale un prélèvement de 5 % sur les bénéfices de l'année, soit 226 fr. 45. (*Adopté à l'unanimité.*)

3e Résolution

Il sera distribué un dividende de 2 fr. nets par action, les frais étant supportés par la Société. (*Adopté à l'unanimité.*)

4e Résolution

Il sera reporté à l'exercice 1902 le solde, soit 226 fr. 17. (*Adopté à l'unanimité.*)

5e Résolution

M. le Dr A Petit est réélu comme commissaire des comptes pour l'année 1902. Les honoraires du commissaire seront réduits de 300 fr. à 200 fr. (*Adopté à l'unanimité.*)

Ensuite, le Conseil fait part à l'Assemblée des modifications qui ont été apportées au tarif d'honoraires adopté par la Financière et la Participation. D'après la circulaire ministérielle relative à la loi des accidents du 23 mars 1902, les certificats d'accidents ne sont plus exigibles pour les sinistres qui ne comportent pas plus de 4 jours d'incapacité de travail. Dans ces conditions, le forfait n'est plus applicable à ces accidents et il n'y a plus, pour établir les notes d'honoraires, qu'à se baser sur le tarif ouvrier du « Concours médical » et adopté par la Participation.

(*L'assemblée approuve cette décision du Conseil d'Administration*).

Le Président fait part à l'Assemblée de la démission de M. Pierre. Cette démission a été ac-

---

conducteurs. Le jour où elle voudra en préparer, on se récriera, en faisant remarquer qu'il est parfaitement inutile d'imposer des études aussi longues et aussi approfondies à des jeunes gens pour en faire des arpenteurs et des conducteurs de travaux.

Sur la question de principe, l'accord se fera sans doute ; on reconnaîtra que la Faculté est le vrai théâtre où le génie du normalien puisse se développer à l'aise et produire son plein effet. Mais le nombre des Facultés est restreint et, dans chacune d'elles, le nombre des professeurs est très limité ; il faudrait donc, dans une proportion considérable, diminuer celui des élèves de l'Ecole normale. S'il fallait en venir là, il n'y aurait qu'à se résigner, car il n'y a pas encore de Concordat entre l'Etat et cette école. Mais le sacrifice n'atteindra pas de trop grandes proportions si, comme il sera proposé plus loin, l'on donne des élèves aux Facultés.

Comment se recruterait alors le personnel enseignant secondaire ? De même qu'il y a une école normale pour l'enseignement primaire, de même qu'il y en aura une pour l'enseignement supérieur, de même il y en aura une pour l'enseignement secondaire.

Pour pallier de suite le mauvais effet que va produire sans doute ma proposition à diminuer le nombre des élus à l'école normale supérieure, je m'empresse de faire remarquer qu'on ne bouleversera nullement les précédents, puisqu'en définitive on fera toujours appel à la même catégorie de candidats et au même nombre de jeunes gens pour les cadres de l'Université ; seulement ils auront à se catégoriser avant d'entrer à l'Ecole, au lieu de le faire après. Les uns, les plus éminents et les plus heureux au concours, passeront par l'Ecole normale supérieure ; les autres, par l'école normale secondaire.

Une école normale secondaire serait donc créée et c'est là qu'on formerait les futurs professeurs et les futurs éducateurs de nos enfants. On pourrait leur enseigner la pédagogie, si tant est que la pédagogie s'enseigne ; en tous cas, on ne leur laisserait pas perdre de vue que leur mission se passera au milieu d'enfants ; que les terrains où ils auront à jeter la bonne semence ne sont pas tous les mêmes ; que ces terrains sont pour la plupart fertiles à condition d'être appropriés ou amendés ; que même les plus fertiles demandent à être ménagés, sous peine de devenir improductifs, etc. En somme, ils seront réellement, effectivement dirigés vers la mission qu'on attendra d'eux. Il va de soi que leurs études, sans être aussi élevées que celles de l'école normale supérieure, devront représenter la somme de connaissances sans laquelle il n'est plus possible de concevoir aujourd'hui un éducateur de la jeunesse.

Tout le personnel enseignant sortirait de cette école. La pluralité des origines dans un corps constitué et hiérarchisé, tel que l'est le corps des professeurs secondaires, est chose mauvaise ; elle amène des froissements, des découragements, des rivalités stériles, dont les conséquences sont un défectueux fonctionnement de la machine. S'ils avaient tous la même origine et que l'on ne pût plus dès lors distinguer entre le professeur sorti de l'école et celui qui est sorti du rang, le mérite et les services rendus serviraient seuls de base à l'accession aux grades.

Il me semble qu'une telle réforme est désirable. Il n'y a rien qui aille à l'encontre des idées en cours dans cette proposition de mettre sur un même pied d'égalité tous les professeurs d'un même enseignement, aussi bien ceux qui sont chargés des classes élémentaires que ceux qui sont à la tête des classes supérieures ; ne concourrent-ils pas tous au même but final ? Chacun, dans sa sphère, n'apporte-t-il pas le contingent de son œuvre à ce but final ?

Est-il besoin de dire qu'une telle réforme ne peut avoir lieu sans transition ? Il y a tant d'intérêts à respecter, tant de situations à ménager, il y a une organisation si considérable à mettre sur pied, qu'une période transitoire est indispensable. C'est à veiller à ce que cette période ne soit pas allongée indéfiniment que la Ligue, si elle adopte l'idée, devra s'employer.

Quant aux moyens financiers pour mettre à exécution une telle réforme, qui exigera, cela est certain, des crédits beaucoup plus élevés que ceux d'aujourd'hui, je les examinerai plus loin.

La question du surmenage étant liée à celle de recrutement du corps professoral, j'ai commencé

ceptée par le Conseil, qui a décidé de ne pas nommer de nouvel administrateur.

L'Assemblée approuve ces décisions et donne décharge à M. Pierre de sa gestion.

Enfin, le Président fait part à l'Assemblée d'une souscription à 200 actions de 100 fr. qui a été faite à la Société de la maison de santé de la Plaine Monceau : société par actions ayant pour objet la construction et l'exploitation d'une maison de santé.

L'Assemblée approuve cette participation et il est décidé que trois administrateurs du Concours ou de la Financière devront toujours être membres du Conseil d'Administration de la dite Société.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 heures.

NOTA. — Prière de se reporter à la couverture du journal pour la marche à suivre pour le paiement du dividende.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le massage du membre sain comme adjuvant du traitement du membre fracturé.

M. le Dr *Geoffroy Saint-Hilaire* a communiqué à la Société de kinésithérapie la très intéressante observation d'une fracture des os de la jambe droite traitée par l'appareil plâtré sur la prescription formelle d'un chirurgien, et guérie sans atrophie musculaire en deux mois à peine (le sujet est une dame de 65 ans) grâce au massage des membres sains et en particulier de la jambe gauche. L'auteur insiste sur l'application préventive du traitement kinésique qui permet au malade d'éviter bien des misères engendrées par le repos et l'immobilité prolongés. Soigné ainsi, il gagne du temps, et le jour où il recommence à marcher, le membre sain a conservé sa force et son activité ; toutes les fonctions, tous les organes, bénéficient du coup de fouet donné à la circulation par le traitement kinésique.

Cette communication suggère les réflexions suivantes au Dr Dagron à propos du massage dans les fractures : « Tout d'abord, dit-il, il ne faut pas craindre que le massage ne ramollisse le cal ; c'est une énormité, car les exemples du contraire abondent. De plus, il est bon de ne jamais s'en tenir au massage de la région traumatisée : le massage des autres segments du membre, ceux du membre du côté opposé, seront des indications pour le rétablissement de la fonction de locomotion. Il arrive souvent, quand on néglige ce point, de constater chez le convalescent de la faiblesse du côté sain, qui a cependant à travailler doublement. Bien des fois, j'ai trouvé chez des fracturés une différence du tour de jambe en faveur du côté malade, sans qu'il y eût à incriminer l'œdème.

---

par envisager ce point de vue. J'ai maintenant à examiner l'effet du programme des études, — du nouveau, cela va de soi — sur cette même question.

Il n'est pas possible de mettre en cause la *quantité* des matières qui seront enseignées, puisque l'on ne connaît encore que les grandes lignes du projet ministériel. Mais ce que l'on peut presque affirmer, c'est que le programme contient l'autre cause de surmenage, celle qui résulte de la *nature* des matières enseignées, de leur indigestibilité. En effet, les études secondaires sont divisées en deux cycles. Dans le premier « les élèves ont le choix entre deux sections. Dans l'une sont enseignés, indépendamment des matières communes aux deux sections, le latin obligatoire dès la première année (classe de 6e), le grec à titre facultatif, à partir de la troisième année. Dans l'autre, qui ne comporte pas l'enseignement du latin et du grec, plus de développement est donné à l'enseignement du français, des sciences, du dessin, etc. ».

Ainsi donc, voici un enfant de 10 à 11 ans, qui va entrer en 6e. Il doit à ce moment se sonder et découvrir quelles sont ses aptitudes : il a à faire un choix entre les études latines, les études greco-latines et les études sans langues mortes. Il n'a aucune notion des unes et des autres ; peu importe ! il choisira tout de même, dût-il jouer à pile ou face sa destinée littéraire ou scientifique. Dans le cas où il hésitera, où il ne voudra pas non plus livrer au sort le soin de sa destinée, ce sont les parents qui interviendront et reconnaîtront que leur fils porte les marques ou d'une violente vocation pour les lettres, ou d'une irrésistible passion pour la combinaison greco-latine, ou d'une horreur invincible pour le latin, mélangé ou non avec le grec, auquel cas il devra avoir un penchant, prononcé, ou non, pour les sciences et le français. Et le malheureux, s'il reconnaît après un an ou deux qu'il s'est fourvoyé, n'en devra pas moins, sous peine de recommencer son cycle, persister dans la voie où il se sera engagé, avalant mais ne digérant pas nombre des plats qu'on lui servira, regrettant peut-être ceux qui seront servis à ses camarades.

Au sortir de ce premier cycle, qui durera quatre ans, l'élève, s'il est valide et s'il veut continuer ses études, entrera dans un deuxième cycle. A ce moment, il aura de nouveau à opter, mais cette fois entre « quatre groupements de cours principaux :

1° Le latin avec le grec ;

2° Le latin avec une étude plus développée des langues ;

3° Le latin avec une étude plus complète des sciences ;

4° L'étude des langues unie à celle des sciences, sans cours de latin.

Ce dernier groupement prendra le nom « d'enseignement réel » non pas pour le distinguer des autres, qui sont aussi « réels » que lui, mais parce qu'à l'Etranger un enseignement analogue aurait reçu ce nom.

Ce n'est plus à proprement parler une option, car le nouveau choix sera le plus souvent dicté par le premier.

Les élèves qui auront fait du latin et du grec pendant quatre ans ne voudront pas perdre le bénéfice de leurs études antérieures. Quant à ceux qui n'en auront pas fait du tout, il est probable, il est certain qu'ils ne commenceront pas l'étude des langues mortes en cinquième année d'études ; ils le voudraient, qu'il leur serait impossible de suivre les classes.

Tout dépendra donc de la première option. Or, on l'a vu, cette détermination, qui pèsera sur toutes les études de l'enfant et sur son avenir dans la vie, aura bien des chances de tomber à faux, attendu que, très rarement au moins, il sera en état de se reconnaître des aptitudes spéciales, s'il s'est trompé et qu'il soit travailleur, il continuera ses études ; mais à quel prix ? Il réussira peut-être ; mais courra le risque d'y laisser la santé de son corps ou celle de son cerveau, si ce n'est pas les deux.

***

Comment pourrait-on concevoir un programme général de l'enseignement secondaire ? Il comprendrait tout ce qu'un homme ne peut ni ne doit ignorer aujourd'hui, quelle que soit la carrière ou la profession qu'il a embrassée ; ce serait un bagage

Celui-ci n'apparaît guère que si on immobilise trop les malades ou quand on commence à les faire lever.

Cet œdème était très fréquent quand on enlevait les appareils plâtrés ; il pouvait même devenir assez abondant et on constatait de l'hydarthrose du genou, qui se résorbait dès que le blessé commençait à marcher, c'est-à-dire à activer sa circulation veineuse du membre inférieur. Je me souviens d'une clinique de mon maître Le Fort, qui nous recommandait de prévenir les malades de l'apparition possible de cette hydarthrose dans la journée qui suivait l'enlèvement de l'appareil plâtré.

Nous ne l'observons jamais chez nos blessés que nous soignons exclusivement par le massage ; et cela s'explique facilement : la circulation veineuse du membre inférieur est exercée chaque jour par la mobilisation passive et active du membre blessé. Pour plus de sécurité, nous faisons une éducation complète de cette circulation en mettant les jambes pendantes au bord du lit quelques jours avant le premier lever. Dans les fractures de jambe, la circulation veineuse a beaucoup souffert, par suite de déchirures de nombreuses veines, celles du périoste en particulier, l'ecchymose est là pour le certifier : on comprend la perturbation jetée dans cette circulation ; d'ailleurs, malgré l'éducation veineuse soignée, la jambe reste bleue et œdématiée après chaque exercice, et il faut recommander au convalescent de mettre longtemps sa jambe blessée sur une autre chaise, quand il se reposera : la position horizontale aidera la circulation dans les veines nouvelles.

« En résumé, dit M. Dagron, d'après une expérience de quinze années, nous conseillons de ne jamais hâter l'appareil plâtré. L'indocilité seule serait une indication d'application d'appareil, et alors suivant l'état des muscles, la disposition des fragments et le maintien de la réduction, on pourrait continuer le massage chaque jour, ou employer l'appareil plâtré, qui sera peut-être insuffisant et devra être remplacé par quelque opération sanglante.

« Il n'est pas de semaine que nous ne soignions à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Championnière, des fractures de jambe, des fractures de la diaphyse humérale par le massage, remettant après la séance le membre blessé dans son écharpe ou dans sa gouttière. »

La Lécithine.

De jour en jour, nous apprenons à mieux connaître ce remarquable produit qui a déjà donné de si heureux résultats dans les convalescences, les anémies et la neurasthénie, et qu'on nomme la lécithine.

M. le Dr *Claude Maillon*, de Paris, vient de lui consacrer une très intéressante thèse où il mon-

---

commun qui serait donné à tous, avant que chacun prenne sa voie. Les hommes de lettres ne perdraient nullement à posséder les notions précises de nos principales sciences. On ne doit plus voir les lettrés se piquant d'ignorer ces notions, pas plus que des scientifiques dépourvus de toute littérature, cas moins fréquent que le premier.

Les littérateurs sauraient mettre à profit les connaissances qu'ils auraient acquises pendant leurs études secondaires, ils pourraient enfin sortir des sentiers tant de fois battus et rebattus, ne serait-ce qu'en s'imposant ces admirables lois du monde physique et surtout ils n'emploieraient plus leur talent à échafauder de ces monstruosités scientifiques qui nous ont si souvent fait bondir.

Il me paraît donc indispensable que tous ceux qui aspirent à tenir un certain rang dans la Société, passent par les études scientifiques, qui, indépendamment des satisfactions qu'elles procurent, habituent l'esprit au raisonnement, à la comparaison, le portent à se tenir en garde contre les apparences et le façonnent à l'observation rigoureuse des faits. Cette introduction générale à l'instruction ne serait pas seulement indispensable à ce point de vue, elle le serait aussi en ce sens qu'elle permettrait à l'enfant qui viendrait d'explorer le domaine des sciences et des lettres, pas assez complètement pour en connaître tous les détails, mais assez cependant pour en avoir apprécié certaines régions, qu'elle lui permettrait dis-je, de reconnaître ses préférences cette fois appuyées sur quelque chose de vrai, et de lui éviter ainsi bien des mécomptes ou des désillusions.

Et on les lui évitera, si l'on sait adopter un programme qui tiendra compte de la malléabilité, mais aussi de la délicatesse du cerveau de l'enfant, qui n'étant plus seulement à la portée de quelques intelligences privilégiées, saura découvrir, utiliser et faire ressortir toutes les valeurs ; qui mettra en relief l'esprit primesautier de notre race — car en dépit de ceux qui soutiennent que l'art doit consister principalement à copier l'antiquité ou à s'en inspirer, nous avons en France un génie particulier, qui est à nous, bien à nous et qui peut soutenir la comparaison avec celui des anciens — qui inspirera à l'enfant le goût, l'amour du travail, lui apprendra à apprendre, lui inculquera l'esprit de méthode ; qui enfin — et c'est là notre grand objectif à nous, médecins — laissera le moins d'estropiés et de découragés sur la route.

Est-il bien difficile de trouver un programme qui réponde à ces indications générales ? Il n'y aurait peut-être pas à aller chercher bien loin ; il n'y aurait qu'à reprendre celui d'A. Comte, si judicieux, si méthodiquement gradué. Je n'y proposerais, pour ma part, qu'une seule modification : deux ans de latin, au lieu de quatre.

Mais nous ne devons pas nous bercer d'illusions : un long temps s'écoulera avant qu'on en vienne à un enseignement rationnel. En attendant cet heureux temps, la Ligue pourra intervenir pour que l'on sacrifie moins à l'enseignement théorique, *ex cathedra* ; pour que, par exemple, l'étude des langues vivantes soit débarrassée des exercices insipides sur les pointes d'aiguilles grammaticales ; pour que la géologie soit apprise dans des excursions et à l'aide de collections ; la botanique au jardin, dans les promenades et dans les herbiers ; la chimie, au laboratoire, où l'élève apprendra à manipuler, à faire une réaction, une analyse simple ; l'arpentage, sur le terrain, etc., etc. Il peut paraître puéril qu'on soit obligé de spécifier de pareils détails et pourtant cela est nécessaire puisque cela ne se fait pas. N'en sommes-nous pas encore à l'enseignement « livresque » de Montaigne !

***

En somme, dans le projet dont les lignes générales viennent d'être indiquées, l'enfant n'aura pas à opter pour telle ou telle voie, comme dans le projet ministériel, qui lui impose cette obligation, alors qu'il ignore absolument ce qu'il rencontrera sur ces voies. On lui enseignera toutes les parties d'un programme conçu de façon à lui donner de toutes ces parties des notions très claires et très précises, mais sans le mettre en demeure de se les assimiler toutes. S'il a du goût, des préférences pour telle ou telle branche, on ne le tourmentera pas pour qu'il se plie quand même aux autres études, vers les-

tre l'action bienfaisante de la lécithine sur l'augmentation du poids et sur la sécrétion urinaire.

A la dose de 0,30 à 0,80 centigrammes par jour, la lécithine ne passe pas dans l'urine, mais elle a sur la fonction urinaire une action parfaitement constante, au point de vue de l'élimination de l'urée et des phosphates.

En premier lieu, dans presque tous les cas, soit chez le sujet sain, soit chez les tuberculeux, chlorotiques et nerveux, l'élimination de l'urée et celle des phosphates ont été parallèles, l'augmentation de l'urée entraînant une augmentation simultanée des phosphates et inversement sa diminution s'accompagnant d'une diminution concomitante des phosphates. De plus, ces variations parallèles se sont faites sensiblement dans les mêmes proportions pour les deux substances, en sorte que le *rapport* entre chacune d'elles n'a pas varié ou bien n'a varié que dans des proportions négligeables.

Donc, 1re conclusion : Il y a parallélisme entre la courbe de l'élimination de l'urée et de celle de l'acide phosphorique et ces deux courbes sont superposables.

En second lieu, les variations des deux courbes nous ont paru être en raison directe de l'état général et spécialement de l'état du poids des malades traités. Quand, pendant le traitement, le poids était en augmentation chez les malades, nous assistions à l'élévation simultanée ou à l'état stationnaire de la courbe de l'urée et de celle des phosphates. Quand, au contraire, le poids diminuait, nous voyions baisser ces deux courbes.

2e conclusion : La courbe de l'urée et celle des phosphates varient dans le même sens que la courbe du poids des malades en traitement.

Si la lécithine influe sur la composition des urines ce n'est qu'indirectement, après avoir modifié le poids des malades et non pas en exerçant une action spéciale sur l'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique.

Adhérences gastro-pancréatiques et ulcère de l'estomac.

M. le Dr *Rémon*, de Domfront (Orne), a consacré sa thèse à l'étude des adhérences consécutives à l'ulcère de l'estomac et, en particulier, aux adhérences gastro-pancréatiques, qui sont les plus fréquentes.

D'après lui, et d'après Brinton, la fréquence de ces adhérences est de 68 pour 100 des cas d'adhérences.

Certes, ces adhérences gastro-pancréatiques peuvent être considérées, dans certains cas, comme une guérison de l'ulcère ; dans d'autres cas, elles laissent persister les troubles dus à cette affection causale ; enfin, elles sont susceptibles de causer des complications d'une gravité

---

quelles il ne se sentira pas ou peu porté. On favorisera ses aptitudes, tout en lui recommandant de ne pas négliger complètement des matières qui lui seront certainement très utiles, quelle que soit la carrière qu'il embrassera plus tard. Et à l'examen de sortie, le jury n'aura garde d'éliminer un candidat qui aura été faible sur certaines parties du programme, mais qui sur d'autres se sera montré supérieur.

En définitive, l'enfant n'aurait plus à se spécialiser dès son entrée dans l'enseignement secondaire ; il ne serait plus exposé à se surmener, dans le cas où il se serait trompé, en optant pour un des quatre groupes du projet ministériel.

* * *

A la fin des études secondaires, qui auraient une durée minima de 4 ans, l'élève recevrait, s'il y a lieu, un certificat basé sur un examen de sortie et sur les notes obtenues aux examens trimestriels ou semestriels. (Ces examens sont certainement la meilleure manière d'apprécier la valeur des élèves, en même temps qu'ils les tiennent continuellement en haleine). Soit que ses goûts ne le portent pas à compléter ses études, soit que des causes particulières l'obligent à s'arrêter, il pourrait, grâce au solide bagage de connaissances précises qu'il posséderait, tenir une place honorable dans l'industrie, dans l'agriculture ou dans le commerce. Dans cette dernière branche de la vie sociale, il rendrait certainement de très grands services en voyageant soit à l'étranger, soit dans les colonies. Dans celles-ci, il ouvrirait non seulement des débouchés aux maisons qui l'accréditeraient, mais encore il utiliserait ses connaissances à explorer les régions fermées à la civilisation. Il saurait assez de chimie, de botanique, de géologie, pour recueillir des échantillons, assez de géométrie pour lever un plan. Ce ne serait évidemment pas un explorateur à auréole ; mais dans ses courses commerciales il aurait enregistré des observations, des indications ; il aurait colligé des plantes, des minerais ; il aurait distingué la valeur de certains produits préparés dans un pays ; en un mot, il n'eût pas comme tant d'autres, passé, sans les apercevoir, à côté de véritables richesses.

Bien des carrières administratives lui seraient ouvertes aussi ; et c'est surtout dans les colonies qu'il serait appelé à se rendre utile. Quand ils rentrent dans la métropole, que nous rapportent les employés coloniaux, dont beaucoup ont cependant fait de nombreuses et longues pérégrinations ? Rien ! Pourquoi ? Par ce qu'ils ne possèdent aucune notion scientifique.

Enfin, notre jeune homme aurait accès dans les écoles professionnelles secondaires.

Veut-il et peut-il aller plus loin dans ses études ? A ce moment, il est vraiment dans toutes les conditions voulues pour bien juger ses aptitudes ; il est en état de savoir s'il doit se livrer aux études scientifiques ou aux études littéraires.

Quel serait le programme de ce nouveau cycle ? J'estime que, pour les sciences, les limites extrêmes seraient celles de l'ancien baccalauréat-ès-sciences. Pour les lettres, je crois que l'ancien baccalauréat ès-lettres suffirait aussi. Le grec en ferait partie et les langues vivantes seraient alors étudiées au point de vue littéraire.

Où se donnerait cet enseignement ? Dans les Facultés. Ces institutions, qui ne regorgent pas précisément d'élèves, au moins en province, auraient là une affectation et une utilisation toutes trouvées. C'est là que, trouvant un théâtre digne d'eux et un auditoire capable de les comprendre, les normaliens donneraient carrière à leurs connaissances et à leurs talents. Quant au jeune étudiant, l'esprit ouvert par ses précédentes études, possédant le sens de la méthode, façonné à l'observation rigoureuse, mûri dans son raisonnement, le cerveau libre et non plus obnubilé par un fatras de choses indigestes, il compterait ses jours et ses heures par des progrès ; le travail serait un jeu pour lui.

En attendant que l'internat de famille passe dans nos mœurs, l'étudiant continuerait à être logé dans le lycée, qui existerait auprès de la Faculté.

Ce système n'est-il pas celui de l'ancienne bifurcation ? Oui, si l'on considère que jusqu'à la quatrième, il y avait aussi un enseignement unique.

extrême, en particulier la perforation par décollement de l'adhérence, l'hémorrhagie, le cancer.

Ces complications peuvent être spontanées ; mais elles présentent un intérêt particulier lorsqu'elles se produisent au cours d'une intervention sur l'estomac et sont amenées par les manœuvres du chirurgien. Dans ces cas, elles peuvent : 1° obliger l'opérateur à pratiquer une intervention médiocre au lieu de l'opération idéale ; 2° produire une perforation ou une hémorrhagie qui sont mortelles si elles passent inaperçues ou, dans le cas contraire, compliquent gravement l'opération ; 4° simuler un cancer et égarer le chirurgien sur les indications opératoires.

La gastro-entérostomie paraît le procédé de choix dans le traitement des adhérences gastro-pancréatiques non compliquées ; les complications donnent lieu à des interventions qui varient suivant les cas.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la légalisation des certificats médicaux

Mon cher directeur,

Il y a quelque temps je fus appelé par une famille que je soigne depuis longtemps pour constater un fait sur lequel on tenait à ce que le secret restât absolu, et qui cependant nécessitait un certificat médical légalisé. Ceci se passait dans une petite localité où la famille est très connue.

Il me fut facile de me rendre à son désir, je rédigeai le certificat sans mettre les noms ni de l'intéressé, ni du lieu où le fait s'était passé. Je me rendis moi-même chez le commissaire de mon quartier, et fis légaliser séance tenante ma signature, sans laisser le temps au commissaire de prendre connaissance du texte du dit certificat, que je complétai ensuite. Mais pareil fait peut se présenter au cours de l'exercice médical d'un praticien habitant l'endroit, et dans ce cas, il peut lui être très difficile de sauvegarder le secret professionnel en faisant légaliser sa signature. Non seulement les maires, mais aussi les secrétaires de mairie ont coutume de parcourir le texte avant de faire la légalisation.

Si vous avez laissé les noms en blanc, la lecture du fait peut suffire pour révéler de qui il est question.

Si vous les prévenez que vous vous opposez à la lecture du texte, ne peuvent-ils pas refuser la légalisation !

Un maire à qui je posais la question m'a répondu : « Nous sommes tenus comme vous au secret professionnel, et nous avons le droit de lire toute pièce que l'on apporte à la légalisation. »

Non, si cet enseignement doit être, comme je le propose, plus étendu, plus méthodique et plus précis ; s'il ne doit pas comprendre le grec, donner deux ans seulement au latin, et enseigner les langues vivantes au point de vue pratique. De plus, l'enseignement transporté sur une autre scène prend une plus ample envergure et, pour les lettres, devient ce que l'on pourra alors à juste titre appeler : les humanités.

La durée de ce cercle supérieur des études secondaires serait au minimum de 2 ans.

Avec ce programme général ou tel autre programme analogue, il n'est plus besoin de batailles à propos de la question du grec et du latin, question qui a tant fait couler d'encre, sans que les deux camps soient arrivés à se mettre d'accord. La France aura toujours ses hellénistes et ses latinistes. Nous n'aurons plus, il est vrai, autant de « barbouillés » de grec et de latin, faisant assaut de pédantisme, partout où il y a des « gobeurs ». Nous aurons des savants, de vrais savants. Nos hommes politiques ne posticheront plus l'antique, comme ceux de la Révolution ; mais connaissant l'histoire contemporaine, ils ne laisseront plus croûler la République.

Enfin, considération non superflue, la République des lettres et des arts sera d'autant plus prospère que, grâce au monde des affaires, le pays sera plus riche. Les lettrés et les artistes, si élevées que soient les sphères où ils planent, ont besoin de temps en temps de descendre sur le sol vulgaire, pour y chercher de quoi sustenter la bête ; et, s'ils n'y trouvent que maigre pitance, ne pouvant plus remonter dans leurs demeures éthérées, ils consacrent leurs talents à chasser la pièce de cent sous. En somme, quand le bâtiment va, tout va.... Quand le bâtiment ira, nos professeurs, n'ayant plus à s'occuper des besoin matériels d'une existence largement assurée, seront dans les meilleures conditions pour enseigner « le culte désintéressé du beau ». Et nos collégiens, au lieu de ne rêver qu'aux congés comme les prisonniers soupirant après l'heure de grand air dans les préaux, demanderont qu'à l'occasion des événements qui habituellement se traduisent par des suppressions de classes, on leur accorde la faveur de classes supplémentaires.

En terminant cette partie de ma thèse, je fais remarquer que les jeunes gens qui se destinent à la médecine, faisant désormais de bonnes études scientifiques en Faculté, le P. C. N. deviendra inutile. Les Facultés ayant désormais des élèves, rien ne s'opposera à la suppression de cette année de stage, qui a donné lieu à des critiques justifiées, à mon sens du moins.

***

La question du maintien ou de la suppression du grec et du latin dans les études secondaires a soulevé incidemment une autre question : ces deux langues mortes doivent-elles ou non être imposées aux étudiants en médecine ?

Les partisans de l'obligation invoquent comme première raison le temps où le médecin était fort prisé dans les cercles et les salons ; c'était le temps où il donnait la réplique aux hellénistes et aux latinistes de profession. Cette heureuse époque n'existe plus, ou du moins les médecins férus des anciens deviennent, paraît-il, de plus en plus rares. S'il s'agit d'un besoin impérieux, dont dépend l'avenir de la Société, j'estime que mon projet ne va nullement à l'encontre des aspirations qui existeraient chez nous. En effet, pendant deux ans le futur étudiant, au cours de ses études secondaires fera du latin.

Ensuite, comme il ira en Faculté pour parfaire ses études scientifiques, rien ne l'empêchera d'y suivre en même temps les cours de latin destinés principalement à ceux qui se destineront aux lettres.

A ses études latines, voudra-t-il ajouter celle du grec ? Il le pourra aussi ; il n'aura qu'à se joindre à ses camarades de lettres, qui commenceront le grec en Faculté seulement. En deux ans de travail productif il saura cette langue autrement qu'avec les deux cycles (sept ans) du projet ministériel.

Les futurs étudiants en médecine seront-ils en état de suivre, en même temps que leurs cours scientifiques, des cours de grec et de latin ? Ne sera-ce pas pour eux une grosse charge ? Je ne propose pas la chose à titre obligatoire. Je fais seulement remar-

Or, dans la pratique, vous savez ce que peut devenir un secret confié à plusieurs, surtout dans une petite localité où tant de motifs de rivalité et de rancune peuvent trouver une grande satisfaction à connaître un fait pénible arrivé dans telle ou telle famille.

Sans doute il y aurait un moyen simple de rendre impossible toute indiscrétion en pareil cas, ce serait de faire d'abord légaliser sa signature au bas du certificat et de le rédiger ensuite. Le maire en question m'a déclaré que dans ce cas il serait en droit de refuser la légalisation. Qu'en pense notre conseil judiciaire ? Il importe en effet qu'en pareil circonstance nous sachions exactement quels sont nos droits.

Qu'en pensez-vous ?

Dr Le Menant des Chesnais.

Réponse.

Mon cher Docteur,

J'ai examiné les questions que le Dr Des Chesnais a soumises au *Sou Médical* et qui peuvent se résumer en ces termes :

« Lorsqu'un médecin est appelé à constater dans un certificat des faits d'une nature confidentielle et dont la divulgation pourrait entraîner des conséquences dommageables pour les personnes visées dans cette pièce ou pour des tiers, et lorsque l'usage qui doit être fait de ce certificat en justice rend nécessaire la légalisation de la signature du médecin, peut-il exiger du maire cette légalisation au bas d'une feuille blanche, en se réservant de rédiger ultérieurement le document en question ? Au cas où cette manière de procéder ne pourrait être employée, y a-t-il des moyens d'éviter la divulgation des faits contenus au certificat, divulgation toujours à craindre malgré l'obligation du secret professionnel à laquelle sont soumis aussi bien les agents de l'administration municipale que le maire ? »

D'après les dispositions réglementaires actuellement en vigueur, si en principe, et contrairement aux errements suivis avant 1832, les maires ne sont point autorisés à refuser la légalisation des signatures sur les actes sous seing privé ayant un caractère légal d'utilité, tels que les certificats destinés à être produits en justice, ils peuvent refuser cette légalisation, lorsque les actes qui leurs sont présentés contiennent des choses contraires à la constitution ou aux lois (Fuzier-Hermann, *Rep. alph. du droit franc.* « Légalisation », n° 32 et suiv.; Morgand (*De la Légalisation de la signature par les maires*, p. 11).

Il s'en suit nécessairement que les maires ont le droit de prendre connaissance des documents qu'on leur présente à légaliser.

M. Morgand (p. 26 et 27) relate une solution du Comité de l'Ecole des Communes décidant que,

---

quer que la chose est possible ; et elle le sera pour les jeunes gens à intelligence supérieure et à travail facile. Quant à ceux qui, n'ayant pas les mêmes aptitudes et les mêmes facilités d'études, se consacreront intimement à la science pendant leur séjour à la Faculté, ils ne sauront évidemment prétendre à jouer le rôle de flambeaux littéraires dans les salons ; mais ils pourront contribuer à y jeter un certain éclat en causant science ; histoire ; applications et bienfaits de la science, même limitée à la médecine, les conséquences économiques de ses découvertes, seront assurément des sujets aussi intéressants et aussi instructifs pour la galerie qu'une conférence ou une discussion sur une tragédie de Sophocle.

Les causeurs n'auront peut-être pas la distinction et l'élégance que donne seule, paraît-il, le culte des Anciens ; ils seront tout de même écoutés et goûtés, parce qu'il s'agit de découvertes qui, acculant chaque jour la maladie dans des limites de plus en plus restreintes, transformant le milieu dans lequel on vit, qui rendent les peuples moins miséreux et, par suite, plus aptes à porter tous leurs efforts vers les travaux de la paix ; qui unissent les savants du monde entier dans la lutte pour une meilleure existence ; qui passionnent l'humanité, attentive à suivre les magnifiques épopées de cette lutte et lui font prendre en horreur les tueries des champs de bataille.

Est-il absolument nécessaire de posséder les langues mortes pour peindre quelques coins du tableau de notre Société si vivante, et surtout si transformée qu'elle n'est pas plus comparable à la Grèce de Périclès que celle-ci ne l'est à l'époque de l'homme des cavernes ? Ne peut-on même se demander si le peintre trouverait dans ces langues les couleurs dont il aurait besoin pour son tableau ? Quoi qu'il en soit, à côté des médecins hellénistes et latinistes — car il y en aura toujours qui, sans ignorer aucun détail de l'immense champ de connaissances indispensables à leur profession, trouveront le temps de cultiver les lettres — à côté de ces médecins, dis je, d'autres, moins brillants, plus modestes, ne seront pas déplacés dans le monde. Ils auront même sur les premiers l'avantage de pouvoir porter avec fruit la bonne parole ailleurs que dans les cénacles distingués.

Le médecin, a-t-on dit aussi, doit connaître le grec et le latin à cause des étymologies ; s'il ne peut donner un sens aux noms des maladies et des symptômes, noms pour la plupart empruntés aux langues mortes, il sera très souvent dans le plus grand embarras. Dans le langage courant, nombreux sont les mots tirés du grec et du latin et que l'on emploie pourtant sans en rechercher la signification, tels : panorama, sténographe, télescope, etc., etc. ; on sait néanmoins ce qu'ils désignent. Dans le monde des jardiniers-fleuristes, où les hellénistes et les latinistes n'abondent pas, les mots grecs et latins sont d'un usage de tous les instants. Quest-ce que cela prouve ?

C'est que la valeur des mots, qu'ils soient empruntés aux langues mortes ou qu'ils soient exprimés dans ces langues mêmes, est purement conventionnelle. Quand il s'agit de ceux qui ont une origine grecque ou latine, en quoi est-on plus édifié, plus intéressé, parce que l'on connaît cette origine ? Je ne ressens aucune satisfaction de l'esprit et je n'entrevois aucun horizon nouveau, par ce que j'apprends que arbre vient de *arbor*. Si ce dernier a un sens pour moi, c'est précisément parce que je le traduis par arbre.

Au surplus, s'il nous faut remonter aux origines pour comprendre les mots, il ne suffira pas de connaître le grec et le latin : l'aryen primitif, le celte, le sanscrit, sans compter les idiomes intermédiaires, wallon, provençal, etc., etc., et les langues modernes devront aussi nous être familières. Que ne nous demande-t-on de ne pas négliger non plus les langues mères de ces langues mères !

C'est surtout dans l'ignorance du grec que certains voient une source de sérieuses difficultés pour l'étudiant et le médecin, beaucoup de termes médicaux étant empruntés ou devant l'être à cette langue.

Me bornant d'abord à mentionner qu'un grand nombre de termes empruntés au grec sont très mal construits, je dirai ensuite que si l'on veut qu'un nom donne des indications sur un chapitre de pathologie (dans le cas où il s'agit d'une maladie), ou

lorsque la légalisation est facultative pour le maire, il peut et doit refuser la légalisation d'une signature donnée en blanc seing. De même, lorsqu'on présente à la légalisation un acte rédigé en langue étrangère, le maire peut et doit exiger que la traduction en soit faite par un traducteur assermenté. (Puibresque *Dict. municipal*, p. 708; Morgand, p. 27).

Sans doute, dans la pratique, les maires légalisent souvent des pouvoirs en blanc ; mais la mention mise au-dessus de la signature « bon pour pouvoir » leur indique la nature de l'acte qui leur est présenté. Parfois aussi les maisons de banque exigeant qu'il leur soit remis pour des comparaisons ultérieures une signature légalisée d'une personne, les maires ne font nulle difficulté, à la suite d'une signature figurant seule sur une feuille de papier, de certifier qu'elle appratient bien à telle personne qu'ils identifient par l'indication de ses nom et adresse.

Mais ces légalisations de nature spéciale peuvent être accordées par les maires, sans qu'il en résulte pour eux l'obligation de légaliser une signature au bas d'une feuille blanche sur laquelle pourra être rédigé un acte sous seing privé, dont ils ne connaîtront pas la teneur.

Lorsqu'il est possible, dans la rédaction d'un certificat, d'omettre provisoirement les indications de nom et de lieu et lorsque cette précaution suffit pour qu'on ne puisse reconnaître les intéressés, il semble qu'un maire aurait mauvaise grâce à refuser de légaliser la signature du certifiant, puisque la teneur de l'acte qui lui est présenté est suffisante pour qu'il se rende compte de son irréprochabilité.

Mais, lorsque, malgré cette précaution, les intéressés peuvent encore être reconnus, nous conseillerons au médecin, au lieu de laisser le document aux mains des employés de la municipalité, d'aller trouver le maire directement et de lui demander de bien vouloir légaliser la signature sans que la pièce passe entre les mains d'intermédiaires.

L'obligation du secret professionnel imposée aux maires (Cass., Crim., 13 mars 97, Dalloz 97.1.233; Rouen 23 juillet 97, *Le Droit* 27 août 97) comme aux secrétaires de mairie constitue déjà une garantie.

Mais il peut se rencontrer des cas dans lesquels il y ait intérêt à ne pas dévoiler le secret contenu au certificat au maire lui-même. Dans ce cas, si l'on considère comme indispensable de fournir une preuve de l'authenticité de la signature du médecin, nous ne voyons pas d'autre moyen que de procéder, comme pour la remise d'un spécimen de signature légalisée à une maison de banque. Le médecin pourra prier le maire de certifier sur une feuille séparée que la signature qu'il y apposera est bien la sienne, déclaration que le maire pourra mettre au-dessus

---

risque fort de mal renseigner les gens, par la raison qu'il ne représentera qu'une minime partie des renseignements cherchés. Et si, par cas, il représente, ce mot, ou s'il a la prétention de représenter l'ensemble des dits renseignements, il constituera alors une véritable définition. Et alors, par ce que des médecins ou des étudiants, qui ignoreront la nature d'une maladie au point de n'en point connaître la définition, ne seront pas, pour s'éclairer, en état d'analyser un mot, il faudra rendre le grec obligatoire !

Et quand il s'agira d'une maladie désignée par un nom d'auteur, comment se tireront-ils d'affaire, s'ils n'ont pour leur instruction qu'une étiquette portant le nom propre, avec ou sans les prénoms du maître ? Il me semble que l'on a trop voulu prouver, en démontrant que le grec était absolument indispensable aux médecins. En médecine, comme ailleurs, les mots n'ont et ne peuvent avoir qu'une valeur de convention ; il me paraît plus simple d'apprendre tout de suite la signification qu'on leur donne que d'en chercher l'explication en remontant à leur origine. Quand on parle de croup, tout le monde sait ce que le terme signifie et personne ne songe à déplorer qu'il n'ait pas une étymologie à clefs.

Je n'entends pas dire que, pour les noms nouveaux nécessités par les choses nouvelles, on ne doive pas avoir recours aux langues mortes. Je voudrais seulement qu'on utilisât un peu plus la nôtre. Elle ne se prête pas, comme l'allemand, à la construction des mots composés, dit-on. Je crois que si, imitant nos voisins, nous ne reculions pas devant des alignements de 15, et même de 18 syllables, nous ne serions pas plus embarrassés qu'eux ; on se servirait de traits d'union, au besoin. Ne pourrait-on aussi utiliser certains préfixes grecs, comme *a* privatif, *péri*, *épi*, *dys*, qui sont passés aujourd'hui dans le langage courant ? Ils seraient, il est vrai, souvent accouplés à des mots qui n'auraient pas la même origine ; ce ne serait pas correct, j'en conviens, mais la dignité de la langue française ne serait pas atteinte pour cela. Ainsi, au lieu de dyslexie, pourquoi ne pas dire : lecture vicieuse, ou dyslecture ? Au lieu de dyséohophémie, pourquoi pas : répétition vicieuse ou dysrépétition ?

Si l'on veut éviter d'embarrasser les étudiants et les médecins, on devrait commencer par ne pas étendre hors de propos les termes employés pour désigner un organe. Ainsi l'amas de follicules lymphatiques situé entre les piliers du voile du palais a reçu le nom d'amygdale, par ce qu'il se présente le plus souvent sous la forme d'une amande. C'est parfait ; mais ce qui n'est pas parfait, c'est d'appeler aussi amygdales des plaques de follicules, du même genre, il est vrai, mais qui ne rappellent en rien l'amande par leur forme.

Il faudrait aussi, à l'avenir, ne pas pousser l'amour du grec jusqu'à helléniser en partie double un mot déjà emprunté au latin, comme cela est arrivé au testicule. Tel est le nom d'un organe, mais ce qui est placé au-dessus de lui s'appelle épididyme et, quand il est solitaire, il constitue un état désigné monorchidie. En vérité, c'est abuser des meilleures choses et, à vouloir continuer ce jeu, la langue française deviendra un casse-tête... chinois.

Et ce sera chose vite faite, surtout si on continue à l'anglicaniser, comme le bon ton le veut depuis quelques années. On ne cherche même pas à préciser les mots anglais introduits dans notre langue ; on les y incorpore tels quels avec obligation de les prononcer autrement qu'ils ne sont écrits et l'on passe pour un rustre, si l'on ne prononce pas *holl* ce qui est écrit *hall*. Donc, pour les besoins nouveaux on confectionnera des mots nouveaux, que l'on empruntera aux langues mortes, s'il y a impossibilité absolue de les composer avec notre langue. Et à la grande masse des médecins, à ceux qui n'auront ni le temps ni les dispositions pour apprendre le grec et le latin, il sera bon de conseiller l'étude d'une ou deux langues vivantes. Nous avouons notre ignorance de l'Allemagne ; depuis quelques années seulement, nous avons découvert cette puissance scientifique : mais le nombre de ceux qui peuvent lire ses travaux est encore bien restreint. L'avertissement que nous avons reçu ne doit pas être perdu, sous peine d'un désastre, qui relèguera la France médicale au rang des médiocrités.

*
* *

de la signature, pour éviter qu'un acte soit ultérieurement rédigé, ou au-dessous en exigeant que la signature à certifier soit placée au haut de la feuille. En rédigeant son certificat sur une autre feuille, le médecin pourra y indiquer les raisons tirées du secret professionnel pour lesquelles il n'a pas fait légaliser sa signature sur le certificat lui-même.

Tout ce qui précède s'applique aux commissaires de police qui, à Paris, sont investis, concurremment avec les maires, du pouvoir de légaliser, d'après des instructions du Préfet de police de 1844.

Nous ne voyons pas de moyens plus pratiques à proposer pour atteindre le but visé par votre confrère, à savoir assurer aux constatations médicales, dans l'hypothèse où il se place, la garantie du secret.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour
Conseil judiciaire du « Sou Médical. »

6 juillet 1902.

REPORTAGE MÉDICAL

Association française de Chirurgie. (15e Congrès 20-25 octobre 1902). — Le 15e Congrès de *l'Association française de Chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le *lundi 20 octobre 1902*, sous la présidence de M. le Dr Jacques Reverdin, professeur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de Chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie du cœur et du péricarde* : rapporteurs, MM. Terrier et Reymond, de Paris.

2° *Traitement du tétanos* : rapporteur, M. Vallas, de Lyon.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Distinctions honorifiques. — Parmi les récentes nominations au grade de *chevalier de la Légion d'honneur*, au titre de la réserve et de l'armée territoriale, nous relevons les noms des membres du « Concours » suivants : MM. les docteurs *Cabasse*, de Vaucouleurs ; *Treille*, de Lavaveix-les-Mines ; *Aubeau*, de Paris ; *Trépant*, d'Amiens ; et *Verdier*, d'Auch,

Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Il ne suffit pas de proposer des programmes ; encore faut-il qu'ils soient d'une exécution pratique. Je vais montrer que celui qui vient d'être exposé remplit cette condition. Il est certain que si le nombre des professeurs est augmenté dans de notables proportions (il n'est plus admissible aujourd'hui qu'un professeur ait plus de vingt élèves dans sa classe) et s'ils sont mieux rétribués, si les lycées et collèges sont dotés du matériel qui leur est indispensable, si ces établissements sont mis en règle avec l'hygiène, si les Facultés sont réorganisées et pourvues du personnel et du matériel nécessaires, il est certain que des sommes considérables seront nécessaires. Où les trouver, alors que le budget de l'État est déjà si obéré ?

Il est évident que si l'on veut chercher une solution du côté de l'État, il faut abandonner tout espoir de faire une œuvre fructueuse et durable, attendu que les crédits dont il disposera seront de plus en plus limités (les contribuables ne se prêtant plus avec autant de bonne grâce que par le passé aux sollicitations de la presse hydraulique fiscale), tandis que les dépenses de l'enseignement secondaire auront, comme le progrès, une ascension continue.

Pour conserver à l'État son action immédiate sur l'enseignement secondaire, on a toujours voulu subordonner les réformes à ses ressources. On connaît les résultats : on a appelé réformes, des replâtrages à effets ; améliorations, de simples changements d'étiquettes, et on a attendu le paroxysme d'une nouvelle crise pour recommencer le même traitement.

Tant qu'on ne rompra pas avec la conception de l'État directeur-gérant de l'enseignement secondaire, il en sera toujours ainsi. L'expérience des insuccès a été suffisamment prolongée pour qu'enfin on en vienne à la seule solution qu'indiquent la logique et la morale. La logique veut que, du moment où les industriels, les commerçants et les agriculteurs paient eux-mêmes leurs frais de premier établissement, il doit en être de même pour les familles qui destinent leurs enfants aux carrières dites libérales elles doivent payer, et intégralement, les études qui conduisent à ces carrières ; il s'agit, en somme, de frais de premier établissement. La morale ne veut pas que tous concourent à payer ces frais d'installation de quelques-uns ; elle réprouve surtout l'emploi de l'argent de tous à fabriquer tant de fruits secs.

Ces idées ont tellement peu cours, que l'on vient de voir un ministre annoncer, aux applaudissements de toute une Chambre, qu'il allait s'efforcer de diminuer encore le prix de la pension des lycées, c'est-à-dire augmenter le contingent des contribuables dans l'entretien de ces établissements, qui ne vivent que grâce à des subventions annuelles. Je n'ai pu me procurer le chiffre de ces derniers (1) ; mais il doit être considérable, si j'en juge par celui qui est inscrit au budget de l'Algérie et qui dépasse 500.000 francs pour trois lycées et sept collèges. Et encore, je ne mentionne que ce qui figure sous la rubrique subventions : elles sont augmentées de moitié peut-être par d'autres dépenses qui, pour être portées sous des noms différents, n'en sont pas moins des subventions dont les contribuables font tous les frais.

Bien que ce soit faire preuve d'une modération exagérée que de qualifier d'abus un pareil emploi des deniers publics, je m'en tiendrai pourtant, à cette qualification. En somme, l'État ne doit assurer que la gratuité de l'enseignement primaire, puisque celui-là est obligatoire. Au-delà, il ne doit plus rien que son aide et son assistance. Il doit cette assistance, parce que la Société profite des capacités qui se sont développées grâce à l'enseignement secondaire ; il la traduira suffisamment, en se chargeant des constructions, du recrutement du personnel et en conservant la direction générale de l'enseignement. Quant au restant, quant aux dépenses d'entretien, elles doivent incomber aux familles.

Est-ce à dire qu'en exigeant des familles des rémunérations sensiblement plus élevées que celles d'aujourd'hui on éloignera les enfants intelligents et travailleurs et qui seront sans fortune. Non ! Il y a un moyen bien simple de les appeler tous à bénéficier des avantages de l'enseignement secondaire,

(1) N. D. L. R. — C'est un minimum de 12 millions au budget de 1902, sans compter tout ce qui se trouve inscrit sous des rubriques diverses.

La souscription pour les victimes de la Martinique n'est pas encore close. Nous publierons prochainement une nouvelle liste.

Faculté et hôpitaux

Le conseil de la Faculté a procédé dans sa dernière séance à la désignation du successeur de M. Fournier à la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Gaucher a été nommé par 17 voix contre 16 à M. Hallopeau.

Le concours pour la nomination aux places d'externe vacantes le 15 mai 1903 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 20 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

L'inscription se fera du 1er septembre au 30 du même mois.

Tout étudiant justifiant de 4 inscriptions au moins prises dans une des facultés de l'Etat est admis à se présenter à ce concours.

Ils doivent se munir des pièces suivantes :

1° Certificat des inscriptions ; 2° acte de naissance ; 3° certificat légalisé de revaccination récente ; 4° certificat de bonnes vie et mœurs.

Les inscriptions peuvent être prises par lettre chargée.

Du mercredi matin 17 septembre au lundi soir 29 septembre, il se fera à la clinique médicale de Laënnec, sous la direction du Prof. Landouzy, un cours de technique clinique. Les cours auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., le soir de 2 h. 1/2 à 5 h. Les droits d'inscription seront de 100 fr. Les cours seront faits par MM. G. Brouardel, Josué, Marcel Labbé, chefs de clinique et de laboratoire.

Pendant la période de vacances, M. J.-L. Faure, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à la Charité.

Il commencera le lundi 21 juillet, à 9 h. du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Chassagne, de Saint-Gaultier (Indre) et Eyries, de Marseille, membres du « Concours médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

c'est de multiplier le nombre des bourses. Le prix des études étant dorénavant élevé à un taux qui défrayera chaque établissement de tous les frais d'entretien, l'Etat n'aura plus besoin d'allouer les énormes subventions qu'il distribuait chaque année pour insuffisance des revenus des lycées et des collèges. Cet argent serait transformé en bourses.

En outre, ces bourses ne seraient plus des avances à fonds perdus. Elles rentreraient dans une caisse spéciale, au fur et à mesure que les anciens boursiers parviendraient à une position leur permettant de restituer par parcelles les avances dont ils auraient bénéficié. Si l'on admet que les boursiers seront des intelligents et des travailleurs, — la bourse leur étant retirée dès qu'ils se montrent incapables et paresseux, — il y a beaucoup de chances pour qu'ils atteignent une situation aisée.

Qui ne voit ce que peut devenir une caisse entretenue par ces restitutions et enrichie par des dons volontaires ? C'est, à un moment donné, la participation de l'Etat qui devient inutile, la Caisse étant en mesure de donner satisfaction à tous les besoins sans exception. Que les départements, les communes et les sociétés particulières adoptent le même principe et bien certainement il n'y a plus en France une seule intelligence qui restera en friche faute de quelque argent. Grâce à ce concours des départements, des communes et des sociétés, l'Etat n'aura même plus à dépenser en bourses ce qu'il consacre aujourd'hui aux subventions. Il pourra alors reporter la différence sur l'enseignement primaire qui, quoi qu'on en dise, attend encore le couronnement de l'édifice. Et lorsque la caisse des bourses sera assez riche pour répondre à tous les appels, l'Etat reportera aussi sur l'enseignement primaire les 4 millions qu'il économisera ; le chapitre des bourses disparaissant de son budget.

L'idée de la bourse considérée comme une avance remboursable n'est pas neuve ; voici bientôt quinze ans que je la soutiens et la défends, sans succès, hélas ! Puisse la nouvelle Ligue, si elle y voit le moyen de mettre en pratique le programme qui aura reçu son approbation, la faire enfin triompher !

Elle devra voir aussi dans l'élévation du prix des études un excellent moyen, le seul du reste, de débarrasser les bancs des lycées des nullités qui les encombrent. Le mauvais exemple est toujours contagieux et l'on aura réalisé un grand progrès le jour où l'on aura mis les laborieux à l'abri du contact des « cancres ». Il est évident que lorsque les lycées ne seront plus les hôtelleries que le gouvernement mettait à la disposition des familles, dans « des conditions exceptionnelles de bon marché », les parents y regarderont à deux fois avant d'y déposer leur progéniture, quand ils la sortent de chez la nourrice ; si le petit n'en prend pas pour son argent, on s'empressera de le retirer et de lui trouver une vocation ne nécessitant pas d'aussi grosses dépenses.

D'une autre part, la bourse n'étant maintenue aux boursiers qu'autant qu'ils s'en montreront dignes, les non valeurs seront vite éliminées de ce côté. Et le problème sera résolu, aussi bien à l'avantage des élèves studieux qu'à celui des professeurs, qui auront d'autant plus d'entrain qu'ils récolteront plus de satisfaction, quand ils n'auront devant eux que des élèves laborieux.

Pour terminer, ai-je besoin de me défendre d'avoir dépassé les limites du sujet, en faisant une trop grande incursion dans le domaine de l'enseignement proprement dit ? Si je m'étais borné à des indications générales, on n'eût pas manqué de me reprocher de fuir les détails et surtout le côté pratique de l'exécution du système que je préconise. Il m'a semblé que la Ligue ne devait pas se borner à recommander des mesures générales ; que son rôle était, en précisant le but particulier qu'elle poursuit, de démontrer la parfaite possibilité d'atteindre ce but ; et elle ne fera cette démonstration, qu'en envisageant le problème sous toutes ses faces, dans tous ses détails ; c'est du moins mon très humble avis.

Quant au programme auquel elle s'arrêtera, qu'il me soit permis d'exprimer l'espoir que, s'il diffère, dans les détails, de celui qui vient d'être défendu, il ne s'en écartera pas au point de vue de l'objectif : laisser arriver au but les intelligences lentes à se développer — et ce sont souvent les plus résistantes, — sans barrer la route aux intelligences précoces.

Vingt-quatrième année. N° 30 26 JUILLET 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le secret médical

Les nombreuses façons d'envisager l'obligation du secret médical rendent cette question toujours d'actualité. En effet, les auteurs les plus autorisés qui ont cherché à en établir les règles ont été souvent intéressants dans leurs controverses, mais n'ont pas toujours entraîné la conviction, et se sont heurtés à de trop nombreux cas particuliers, rentrant difficilement dans la règle qu'ils cherchaient à établir.

Je ne prétends pas rouvrir aujourd'hui la question et discuter si les partisans du *secret dans tous les cas* ont raison contre ceux qui admettent, à leurs risques et périls, les suggestions de leur conscience. Je ne veux aborder qu'un point d'importance un peu secondaire, mais cependant bien intéressant, puisque, chaque jour, nous sommes consultés par nos confrères embarrassés.

Le médecin doit taire ce qu'il a appris dans l'exercice de ses fonctions, c'est entendu et la loi est formelle ; mais aussitôt les magistrats s'efforcent, à qui mieux mieux, de l'induire à violer cette loi, et les législateurs lui font un devoir de déclarer les maladies contagieuses. Intérêt général, direz-vous, protection de la santé publique.... Soit, mais pourquoi cette violation de la loi quand il était si facile de charger de cette déclaration le chef de famille au même titre que pour les naissances et les décès ?

Aussi, voyons le résultat obtenu.

Dans les trois quarts des cas, le médecin n'ignore pas que sa déclaration sera inutile, la désinfection restant encore à l'état de lettre morte dans la plupart des communes. Pour les localités où elle est organisée (?), il sait qu'elle sera mal faite, illusoire ou ruineuse pour le patient. Il sait d'autre part que si le malade est un marchand de comestibles, un boucher, un cafetier, la maison sera considérée comme pestiférée, la clientèle dispersée, et le commerçant sinon ruiné, du moins sérieusement atteint dans ses intérêts. Il sait enfin que, s'il obéit à la loi, son client ne lui pardonnera pas le tort causé par sa déclaration et le quittera pour s'adresser à un confrère plus adroit et plus discret. Ici encore l'intérêt et le devoir du médecin sont en opposition absolue, ce qui est toujours fâcheux, car la pente est glissante. *Primo vivere.*

Mais, quand les pouvoirs publics agissent ainsi vis-à-vis des médecins, et c'est là le point que je veux aborder aujourd'hui, l'exemple partant de haut ne peut être que suivi par les collectivités. Aussi, voyons-nous, de tous côtés, les sociétés de secours mutuels édicter dans leurs règlements que les médecins seront tenus de déclarer la nature de la maladie de chaque sociétaire qu'ils auront soigné, à peine pour les uns de perdre la clientèle de la société et pour les autres de perdre leur droit à toute indemnité. Et chaque jour, nous recevons de nos confrères, pris ainsi entre l'enclume et le marteau, des demandes de conseils auxquels, une bonne fois, je désire ici répondre.

Une pareille exigence est incontestablement abusive et les pouvoirs publics qui ont la haute main sur les sociétés de secours mutuels, s'ils avaient le moindre souci du respect de *la loi du secret*, n'auraient jamais dû permettre qu'elle se manifestât. Pourquoi les bureaux des sociétés

demandent-ils ces déclarations ? — C'est bien simple, toujours la question de gros sous : les maladies vénériennes, l'alcoolisme, les rixes, sont exclues du droit du sociétaire à l'indemnité, et il serait de si bonne administration de toucher les primes sans rien payer ! — Va donc médecin, marche ou crève, aide-nous à grossir nos caisses, fais-toi dénonciateur ou, sinon, à la porte. Ton voisin sera plus complaisant.

Si le médecin est indépendant, ou s'il est seul à exercer dans la région, il n'hésitera pas et refusera le diagnostic de maladie demandé, mais il sera alors en butte aux obsessions de l'ouvrier qui viendra lui dire : « Vous me ruinez docteur, je ne puis avoir mon indemnité, faites la déclaration de ma maladie » et il cèdera.

Si, au contraire, les compétitions sont nombreuses, si la lutte est difficile et si le praticien chargé de famille a besoin de ce maigre appoint des sociétés de secours mutuels pour joindre les deux bouts, que pourra-t-il faire si non s'incliner ?

A cela quel remède me direz-vous ? Il est bien simple.

Puisque notre défenseur naturel nous fait défaut en cette circonstance comme dans beaucoup d'autres, hélas ! soyons les plus adroits si nous ne sommes pas les plus forts, et, DE PARTI PRIS, TOUJOURS ET QUAND MÊME, n'inscrivons jamais que des diagnostics insignifiants : fièvre, rhume, embarras gastrique. Grâce à ce léger mensonge, qui nous est imposé, nous serons de la sorte en règle avec la société mutuelle aussi bien qu'avec notre conscience. Entre deux maux, choisissons le moindre.

En terminant cette causerie, un souvenir me poursuit qui m'est resté en mémoire, à la suite de je ne sais quelle lecture amusante. C'était dans un hôpital de Paris, le directeur farouche, à cheval sur les règlements, avait déclaré à MM. les internes, fort embarrassés quelquefois, qu'à l'avenir, aucun malade ne serait admis d'urgence sans un diagnostic précis, préalablement formulé, et cette jeunesse irrespectueuse, mais forcée de s'incliner, avait décidé de ne plus formuler qu'un diagnostic : *anencéphalie*.

C'était une véritable épidémie, il n'entrait plus que des anencéphales dans ce malheureux hôpital, si bien qu'à la fin du trimestre, le directeur fort zélé faisait un pompeux rapport à l'Assistance publique sur la fréquence de cette maladie nouvelle qui ravageait son quartier. L'histoire ne dit pas s'il fut décoré pour ce travail... ..... mais c'est probable.

A. MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'appendicite.

A l'une des dernières séances de l'Académie, la question de l'appendicite est encore revenue en discussion. Décidément, les abstentionnistes sont battus et M. Dieulafoy triomphe ; M. Lucas-Championnière l'y a aidé. Désormais, il ne faut plus discuter, ni temporiser : l'opération s'impose dans les trois premiers jours du début, dernier délai pour la sécurité du pronostic. L'opération de l'appendicite faite à froid est souvent inutile et illogique ; en tout cas, elle ne devait jamais porter la moindre mortalité. C'est au moment du début des accidents aigus qu'il faut intervenir, surtout chez les adultes ; en ce qui concerne les enfants, la rapidité même des accidents et le peu de résistance de l'organisme infantile à ces sortes d'opérations, justifient, dans une certaine mesure, et jusqu'à nouvel avis, la temporisation avec la diète absolue et la vessie de glace.

Le permanganate de potasse dans les abcès froids.

M. le Dr *R. Bayeux*, recommande dans les *Annales de Méd. et de chir. infantiles*, l'emploi du permanganate de potasse pour le traitement des suppurations tuberculeuses ouvertes.

Voici la description donnée par M. Bayeux, lui-même :

« Le permanganate de potasse modifie d'abord d'une manière frappante *l'aspect extérieur* des poches tuberculeuses : les bourgeons mous, pâles, tremblottants, qui les recouvrent constamment lorsqu'on emploie les antiseptiques ordinaires, se rétractent, sèchent, et tombent après les premières applications de permanganate ; les greffes de granulations grises ou de fausses membranes jaunâtres, qui s'attachent aux plaies tuberculeuses, cessent de se produire avec mon traitement, et celles qui existaient meurent sur place ; le pus se tarit rapidement pour faire place à une sérosité visqueuse peu abondante, qui tend à diminuer de jour en jour : les plaies prennent un aspect de bonne nature, s'entourent d'un *anneau fibreux* qui se rétracte assez rapidement, formant ainsi un disque de sclérose cicatricielle. Le permanganate de potasse m'a semblé avoir une action *sclérogène* aussi intense que le chlorure de zinc, avec cette supériorité sur ce dernier agent, qu'il n'est ni caustique, ni douloureux.

Je pratique de grands lavages des cavités, variant de *cent à mille* centimètres cubes, selon l'importance de la poche et l'intensité du processus tuberculeux. — Je les pratique sous une pression assez forte, sans avoir jamais vu d'extension se produire dans le volume des poches tuberculeuses ; au contraire, ces poches se rétractent rapidement.

Le taux de la solution varie selon les cas ; pour toucher les ulcères récents, frais, recouverts de granulations, j'emploie une solution concentrée à 1/50, et je pratique un frottis des ulcères, avec une compresse stérilisée, imbibée de cette *solution forte*.

Pour les clapiers profonds récents qu'il est nécessaire d'atteindre vigoureusement, j'emploie une solution à 1/100.

Dans les cas d'abcès chroniques, je me suis surtout bien trouvé de grands lavages avec une solution à 1/500 et même à 1/1000.

Les solutions fortes (1/50 et 1/100) provoquent l'apparition d'une leucocytose aiguë abondante et déterminent l'expulsion des débris caséeux ou des petits séquestres, qui siègent dans le fond des clapiers. Il n'est pas utile de prolonger l'usage de ces solutions concentrées.

Les solutions faibles détergent les abcès chroniques et tendent à les assécher rapidement.

J'ai pratiqué mes lavages trois fois par semaine, mais je crois que les résultats seraient beau-

coup plus rapides encore, si on les pratiquait tous les jours.

« Enfin, je me sers, pour les pansements des abcès froids, de compresses en gaze stérilisée, imbibées d'une solution de permanganate de potasse à 1/1000, qui m'ont toujours donné d'excellents résultats pour la conservation de l'état aseptique de la peau. »

Propriétés décollantes de l'eau oxygénée.

Outre les nombreuses propriétés antiseptiques et hémostatiques que nous avons signalées à l'eau oxygénée, M. le Dr *Dugat* cite, dans sa thèse, une propriété très intéressante de cette substance, mise en lumière déjà par Mikulicz et par M. Poncet, c'est la possibilité d'utiliser l'eau oxygénée pour le décollement des pansements et l'enlèvement facile des pièces, qui sont les plus serrées et les plus adhérentes.

« Ces propriétés décollantes de l'eau oxygénée s'étendent à toute espèce de pansement. M. Dugat les a utilisées pour enlever tous les pansements qui résistaient un tant soit peu à la simple traction et a évité des souffrances toujours très vives aux malades. C'est dans les ulcères variqueux, où le pansement adhère toujours d'une façon si intime à la surface cruentée, que les propriétés décollantes de l'eau oxygénée font merveille. Dans la pratique, on sait combien est douloureux le décollement des pansements d'ongles incarnés. Si, à l'exemple de M. Thiéry, on emploie l'eau oxygénée, la tâche est considérablement facilitée. M. Dugat s'est toujours bien trouvé enfin des arrosages au peroxyde d'hydrogène pour enlever les pansements qui recouvraient les panaris. Comme le fait aussi remarquer M. Clément de Brye, l'enlèvement des pansements qui recouvrent les panaris est toujours extrêmement douloureux. La tâche est singulièrement facilitée par l'usage de l'eau oxygénée. Enfin, dans les plaies profondes, anfractueuses, l'opération du décollement du pansement devient un jeu d'enfant par l'arrosage à l'eau oxygénée.

« La technique de l'enlèvement des pansements, à l'aide du peroxyde d'hydrogène, a été formulée en quelques mots par M. Poncet : un aide, muni d'un flacon d'eau oxygénée en verse lentement et en petite quantité au niveau des bords de la plaie, là où le chirurgien exerce des tractions avec une main sur la gaze à détacher en même temps qu'avec les doigts de l'autre main, il la sépare des tissus vivants. La mousse gazeuse, comparable à celle du lait chaud qu'on agite, est enlevée avec une gaze stérilisée.

« Cette propriété décollante est toute mécanique et due à la formation des fines bulles gazeuses qui séparent toutes les parties du pansement. »

Laryngite aiguë simulant la diphtérie

Nous avons eu récemment l'occasion de constater qu'il y a, parfois, en clinique, de grandes difficultés à différencier la laryngite aigüe simple de la laryngite aigüe produite par le bacille de Lœffler

En voici un nouvel exemple cité par M. le Dr Montaguon, de Saint-Etienne, dans la *Loire médicale* :

L'enfant dont parle M. Montagnon était atteint d'un rhume depuis deux jours, quand apparut brusquement, un tirage qui dura six jours. Bientôt, on découvrit sur le plancher buccal une membrane grise, adhérente, isolée, affectant l'apparence d'une membrane diphtérique ; en même temps, avait lieu par les narines, un écoulement séreux abondant, qui semblait du jetage ; extinction de la voix, toux.

Les véritables accès de suffocation furent rares ; il n'y eut ni épistaxis, ni rejet de fausses membranes ; néanmoins, les différents signes présentés par le petit malade ne permettaient pas de faire un diagnostic ferme. L'examen laryngoscopique ne révéla qu'une chose, c'est que pas plus dans le larynx que sur les amygdales, on ne trouvait d'exsudats membraneux : un peu de congestion générale des cordes et des replis aryténo-épiglottiques, et c'était tout.

L'analyse bactériologique vint fournir la solution : à deux reprises différentes, les cultures poussèrent au bout de dix-huit heures, présentant tous les caractères macroscopiques des cultures de Lœffler. Mais, un examen microscopique sérieux démontra d'une façon certaine que, en dépit des constatations cliniques et de l'aspect extérieur des tubes ensemencés, le bacille de Lœffler était absolument étranger aux phénomènes pathologiques observés. Il s'agissait d'une infection banale, produite par des cocci et des streptocoques en chaînettes.

Cet examen a porté à la fois sur le liquide nasal et sur les exsudats recueillis au niveau de la fausse membrane sublinguale, et au niveau des amygdales.

En somme, l'enfant n'était atteint que d'une laryngite aiguë non spécifique.

Après avoir rapporté cette observation, l'auteur insiste sur deux points : « d'abord, sur l'importance de l'évolution. En effet, dans ce cas, les accès de dyspnée ont eu un début brusque, sans phénomènes prémonitoires autres qu'un état catarrhal des voies respiratoires. Différente est l'évolution de la dyspnée dans le croup, début insidieux, développement lentement progressif jusqu'à ces effroyables paroxysmes mettant la vie en péril immédiat.

« D'autre part, nécessité absolue de ne pas s'en tenir aux caractères macroscopiques d'une culture qui, dans la précédente observation, étaient identiquement les mêmes que ceux d'une culture diphtérique ; mais, au contraire, examens microscopiques répétés jusqu'à ce que le doute ne soit plus permis et le diagnostic établi de la sorte sur une base indispensable. »

MÉDECINE PRATIQUE

Artério-sclérose et ischémie cérébrale.

La diathèse arthritique se manifeste, comme l'on sait, de cent façons: tantôt, ce sont des arthralgies ou des arthrites sèches, tantôt des phénomènes dyspeptiques, gastralgiques et même gastriques, tantôt des coliques hépatiques, des coliques néphrétiques, de l'entéro-colite, des hémorrhoïdes, des varices, tantôt des migraines ou encore des eczémas et prurigos, tantôt, enfin, ce sont des néoplasmes (épithéliomas, cancers, squirrhes), ou des néoformations calcaires dans

tel ou tel organe, principalement dans les tuniques vasculaires (veines et artères) : dilatations veineuses, artério-sclérose, anévrysmes.

Nous étudierons, aujourd'hui, la manifestation artério-scléreuse de l'arthritisme, principalement sur les artères encéphaliques.

I

Artério-sclérose cérébrale.

L'athérome est souvent provoqué par une toxi-infection aiguë (dothiénentérie, diphthérie, variole, pneumococcie, érysipèle et streptococcie), ou bien par une intoxication prolongée (alcool, absinthe, essences diverses) ; dans ces différents cas, l'athérome est précoce et généralisé, de telle sorte qu'il provoque des désordres généraux (sclérose rénale, cirrhose hépatique, cardiopathies multiples, otites scléreuses, troubles oculaires, prurit généralisé, etc.). Rarement, l'athérome cérébral se manifeste isolément dans ces conditions.

Au contraire, l'athérome provoqué par l'arthritisme, c'est-à-dire par la mauvaise nutrition et par la défectueuse dépuration sanguine et cellulaire, qu'engendrent les défauts d'hygiène (alimentation trop exclusive, trop riche et trop toxique, gibiers faisandés, fromages forts, boissons spiritueuses, et sédentarité, trop prolongée) s'installe d'une manière quasi-latente et son évolution ne devient véritablement apparente, que grâce aux phénomènes locaux dont on observe l'éclosion progressive (œdème des jambes, rachialgies, dyspnée d'emphysème ou de sclérose rénale ; ou troubles oculaires, troubles d'audition, insomnies, troubles intellectuels, amnésies, etc., qui éveillent l'attention sur l'encéphale).

L'athérome cérébral évolue donc d'une manière latente et progressive, et, le plus souvent, on ne s'en doute que lors de l'apparition des phénomènes d'ischémie encéphalique, c'est-à-dire d'insuffisance, d'irrigation sanguine.

Généralement, ces symptômes se montrent vers l'âge de 55 à 60 ans ou plus tard encore. Sans aucun évènement préalable, le malade a des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements ou des sifflements auriculaires ; il éprouve quelque difficulté à fixer son attention sur telle ou telle lecture et, tandis que les lettres et caractères paraissent danser devant ses yeux, il ne saisit plus bien le sens de la phrase qu'il lit. Ou bien, au cours d'un acte quelconque, il éprouve de pénibles absences de mémoire : par exemple, en écrivant, il ne termine pas ses mots ou ses phrases, ou, au moment de se rendre à une occupation bien déterminée, il oublie un objet ou une précaution indispensable ; bref, il a visiblement des lacunes intellectuelles et mnémoniques.

Parfois, le malade, à la suite de ses vertiges, est pris d'épistaxis abondantes, ténaces et récidivantes, qui résistent à presque tous les moyens hémostatiques courants.

Peu à peu, les facultés intellectuelles baissent et tout travail sérieux et suivi devient impossible ; le calcul, l'orthographe même se perd, la mémoire des choses les plus élémentaires fait défaut et l'entourage du malade s'aperçoit, de plus en plus, de sa déchéance. Celui-ci ne peut plus se conduire seul ; il a des bourdonnements continuels ; il voit trouble et se figure être entouré constamment de brouillard ; le plus souvent, il a des insomnies tenaces, de la faiblesse des membres, comme une sorte de demi-parésie généralisée.

L'appétit est généralement bon, plutôt même glouton, et les défécations se font assez irrégulièrement, ce qui est un grave danger pour les artères athéromateuses.

Cet état dure un temps variable, subordonné d'abord à l'hygiène et à la sagesse du malade et de son entourage, et le moindre écart peut précipiter le dénouement, en provoquant la rupture d'une artériole athéromateuse dans la capsule interne ou dans les circonvolutions (frontales, pariétales ou occipitales).

Bien entendu, quand cet accident se produit, le malade est atteint de ramollissement cérébral, soit brusquement et à la suite d'un ictus, soit insensiblement, et sans secousse apparente. Le ramollissement est caractérisé par une hémiplégie faciale ou brachio-crurale, parfois les deux ensemble, par de l'embarras de la parole avec ou sans déviation de la langue, par de l'aphasie, de l'agraphie, de l'amnésie, soit seules, soit combinées ; à la suite de ces paralysies, surviennent presque toujours des contractures des extrémités, qui peuvent durer un temps indéterminé. Il arrive quelquefois que le ramollissement ne s'accompagne pas de paralysies bien caractérisées et ne se manifeste guère que par des troubles mentaux, un hébètement étrange, un affaiblissement et une sénilité rapides : c'est ainsi que certaines attaques de ramollissement peuvent passer presqu'inaperçues, et sont prises quelquefois pour une indigestion, pour un coup de chaleur, pour une manifestation neurasthénique quelconque.

L'ischémie cérébrale provoque chez certains sujets des phénomènes pathologiques mentaux quelquefois assez analogues à ceux de la méningo-encéphalite diffuse (embarras de la parole, torpeur, semi-coma, ou au contraire, excitation, colères, kleptomanie, érotisme, perversions génésiques, manies, délire de grandeur, de persécution, etc.) L'âge du sujet (50 à 60 ans) est un premier indice en faveur de l'athérome, de l'ischémie et du ramollissement cérébral.

II

Traitement.

L'athérome et l'ischémie cérébrale, une fois installés, il est, quant à présent, fort difficile de les guérir, et le mieux est d'essayer de les prévenir. Toutefois, un malade atteint d'athérome cérébral, comme le sont presque tous les vieillards, peut, sinon guérir, du moins échapper aux tristes conséquences de cet état dangereux, et éviter ou, tout au moins, reculer, le plus possible, l'époque fatale du ramollissement, qui n'a plus guère de remède. Donc, deux points :

1° *Préserver de l'athérome cérébral* ;

2° *Diminuer les dangers de cet athérome*, lorsqu'on est consulté après son apparition ;

I. Prophylaxie de l'athérome cérébral. La prophylaxie de l'athérome cérébral se résume en quelques mots : *alimentation* ; bonne hygiène au cours des fièvres infectieuses.

L'alimentation saine comporte : A) tout d'abord la bonne qualité des aliments, la fraîcheur et l'in-

tégrité des denrées ; B) ensuite, la variété des menus et la judicieuse association des mets, de manière à corriger ce qui manque aux uns par ce que les autres ont en excès. Exemples : Pain et beurre, viande et légumes, fruits et laitage, café et sucre, etc. ; les défauts de l'un sont compensés par les ressources de l'autre. C'est là un point qui est bien souvent négligé dans l'hygiène alimentaire moderne ; les uns mangent trop de viande, sous prétexte que cela doit fortifier davantage, les autres prennent trop de légumes, de crudités, de salades et de vinaigrettes, soi-disant pour se rafraîchir. Les boissons doivent être exceptionnellement surveillées : pas trop de vins de crus renommés, pas de bières alcoolisées et surtout aucun de ces spiritueux qu'on nomme apéritifs, toniques, digestifs, pousse-café. (absinthe, vermouth, bitter, amer, cognac, madère, rhum, élixirs de chartreuse, anisette, curaçao, noyau, eau-de-vie de marc, calvados, quetsch, gin, genièvre, kirsch) ; tout cela est du poison qu'un organisme sain ne peut supporter sans inconvénients graves.

L'eau bien purifiée, mélangée de quantité égale de vin rouge ou blanc de bonne qualité, c'est-à-dire naturel et non plâtré, constitue la boisson de choix, pour assurer de faciles digestions et le minimum de déchets toxiques.

Le lait et le café, pris isolément, sont aussi recommandables et sans inconvénient au point de vue de l'athérome.

Dans l'alimentation, il faut surtout ne pas oublier que le plus nuisible, c'est l'usage des mets toxiques qui font les délices des gourmets : gibier faisandé, pâtés, charcuteries truffées, fromages faits, poissons un peu avancés, langoustes, homards, écrevisses, crevettes, moules, hâchis un peu aigres, crème et glaces aromatisées chimiquement, etc. Tous ces aliments alléchants sont d'excellents poisons pour le sang et les tuniques vasculaires, c'est-à-dire pour la production de l'athérome des petits vaisseaux comme ceux de l'encéphale.

Les purgations périodiques, l'usage des eaux minérales alcalines faibles, les bains, les douches, l'hydrothérapie sont des pratiques hygiéniques qui doivent entrer dans les habitudes de toute personne qui veut corriger les défauts inévitables de l'alimentation et éviter les atteintes de l'athérome.

Une question tout aussi importante pour la prophylaxie de l'athérome que la bonne hygiène alimentaire, c'est l'hygiène des maladies infectieuses aiguës. Ceci regarde particulièrement le médecin et les gardes-malades.

Toutes les fièvres graves et les infections microbiennes, telles que la diothiénentérie, la diphtérie, la pneumococcie, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, le choléra, l'infection puerpérale, etc., sont susceptibles de provoquer dans l'organisme une formation de ptomaïnes et de toxines, qui irritent les parois vasculaires où elles circulent mélangées au sérum sanguin et amènent la formation de l'athérome des petites artères, en particulier des artères cérébrales. Une indication formelle découle donc de cette constatation : la nécessité absolue de débarrasser le sérum sanguin de ces produits toxi-microbiens, comparables aux toxines des aliments avariés ou faisandés. Trois moyens sont à notre disposition pour obtenir ce résultat :

1° Les purgatifs répétés, particulièrement les purgatifs salins ;

2° Les diurétiques, tisane, lait, boissons abondantes, les sudorifiques, les lotions et les bains répétés ;

3° Les injections sous-cutanées et les injections intra-veineuses de sérum artificiel.

L'emploi de ces différents moyens sera, naturellement, réglé selon les cas et les circonstances. Pour les cas bénins, les deux premiers suffiront (purges et diurétiques, lait, tisanes) ; mais, pour les cas graves, il faudra, sans hésiter, recourir à cette fameuse saignée, si malencontreusement abandonnée aujourd'hui, et la faire suivre d'injections sous-cutanées de 1/2 à 1 litre de sérum artificiel BIEN STÉRILISÉ.

Cette opération pourra même être renouvelée sans inconvénient ; c'est le meilleur moyen de laver le sang impur et de préserver les parois artérielles en général.

2° Si malgré l'hygiène alimentaire, et l'hygiène anti-toxique des fièvres infectieuses, on n'a pu empêcher l'apparition de l'athérome, il reste alors une tâche non moins importante à remplir, c'est de diminuer les dangers de cette lésion, principalement dans le cerveau.

Les moyens dont nous disposons pour obtenir ce résultat sont de deux sortes. Hygiène et thérapeutique médicamenteuse.

L'hygiène primordiale de l'athéromateux cérébral consiste dans l'abstention de tout excès qui pourrait amener dans la circulation artérielle une exagération de tension sanguine et, par suite, une rupture des parois dégénérées athéromateuses. Ainsi pas d'excès de table, pas même de repas copieux allant jusqu'à la saturation de l'estomac ; il faut rester un peu sur son appétit et ne faire qu'un repas substantiel par jour. Pas d'excès de vin, même abondamment coupé d'eau : une demi-bouteille de vin par repas, et autant d'eau. Pas d'apéritifs, pas de liqueur pousse-café.

Pas d'excès de marche et surtout, pas de marches rapides et de courses, pas de vitesse en bicyclette, pas de vitesse en montant les côtes ou les escaliers. Pas d'efforts de défécation ; les selles doivent être facilitées par des moyens artificiels, si elles sont dures.

Pas d'excès génitaux d'aucune sorte ; le coït doit être modéré et peu fréquent.

Pas de séjour prolongé au soleil, ni dans une pièce trop chaude ; il faut se méfier des transitions brusques du chaud au froid ou inversement ; se méfier aussi des douches, des bains sulfureux, des bains trop chauds.

Enfin, il faut savoir maîtriser ses mouvements de colère et ne pas s'emporter.

Tels sont les excès défendus. Mais que faut-il faire ? Ne rien supprimer de ses habitudes, mais seulement les modérer : une lotion par jour, un seul repas substantiel par jour, fumer moins, sortir tous les jours, s'abriter du soleil et éviter la chaleur, faire du massage, de la sudation, de l'escrime, de la bicyclette, sans jamais chercher à faire de prouesses, posément, sans efforts : être toujours en avance pour ne pas risquer la brusque secousse du retard ; ne pas cesser les relations conjugales, mais s'abstenir de la débauche sénile, qui est malsaine et dangereuse.

De plus, il faut tous les mois, laver l'intestin

par un ou deux purgatifs salins (sulfates ou citrates de soude ou de magnésie (50 gr.), entretenir les côlons libres au moyen de rhubarbe, cascara, magnésie, scammonée, aloès), laver les reins et la vessie en buvant du lait et de l'eau minérale diurétique pendant huit jours au moins, chaque mois ; enfin, entretenir le bon fonctionnement de la peau par des sudations, frictions et massages bihebdomadaires.

Comme médicaments proprement dits, il n'y en a qu'un qui ait fait ses preuves : l'iodure de potassium ou de strontium à petites doses 0.25 à 0,30 centigrammes en 24 heures pendant les dix jours qui suivent le régime lacté diurétique.

Si le sujet a des antécédents spécifiques, il y aura lieu de forcer la dose d'iodure et de donner 2, 3, 4, 5, grammes par 24 heures pendant le même laps de temps.

Nous ne citerons que pour mémoire et en nous abstenant de juger leur valeur thérapeutique, les bicarbonates magnésiens et lithinés, les piperazines, le lycétol, les silicates de soude et de magnésie, récemment préconisés. On peut y avoir recours quand les effets de l'iodure paraissent trop douteux.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE MÉDICALE

L'appendicite.

(QUELQUES POINTS DE SON HISTOIRE)

Leçon clinique faite à la W. London Society par Sir Frederic Treves (1), *chirurgien principal de S. M. le roi d'Angleterre, chirurgien consultant du London Hospital.*

Il n'y a pas 20 ans, l'appendicite était une affection ignorée, les manuels de médecine ne la décrivaient pas, son nom même n'était pas encore créé.

C'est Fitz qui, dans une communication publiée en 1886 (2), proposa cette dénomination et, bien qu'étrange et sans précision, le terme prit immédiatement place dans la nomenclature scientifique. En dépit des protestations soulevées par certains esprits académiques, le mot appendicite est passé dans notre langue médicale et il a reçu, de plus, l'appui du public.

La maladie ainsi grossièrement baptisée n'est pas, il va sans dire, une affection nouvelle qui serait venue, telle une peste moderne, s'abattre récemment sur le genre humain. Rien non plus n'autorise à penser qu'elle a subi, depuis 20 ans, une recrudescence particulière. Elle n'a été connue et décrite que dans ces dernières années, voilà tout. On peut en suivre la trace dans les siècles reculés et il est probable que l'homme primitif en a, lui aussi, éprouvé les effets pathologiques. Jusqu'à maintenant, l'appendicite restait enfouie sous un vaste amas de fragments cliniques confus. Elle passait inconnue sous des déguisements et des appellations diverses, telles, par exemple, celles de crise gastrique, attaque gastrique, pérityphlite, crampe intestinale, entérite, phlegmon iliaque, etc. Ce fut le *fons et origo* de plusieurs formes de péritonite : la péritonite *a frigore*, la péritonite idiopathique ou encore l'inflammation de la grande séreuse, succédant soi-disant à certaines fièvres éruptives, voire à l'alcoolisme.

Une monographie célèbre des péritonites, publiée en 1887, n'exposait pas moins de 26 variétés de cette lésion. Mais, depuis nos connaissances actuelles sur l'appendicite, l'étiologie de la péritonite s'est considérablement réduite de proportion.

Ainsi, fait curieux, voilà une maladie (l'appendicite) qui représente probablement le plus répandu des troubles morbides de l'abdomen et, il y a 20 ans à peine, elle restait ignorée. Des cas isolés avaient bien été publiés montrant le rôle important joué par l'appendice dans certains drames pathologiques, quelques auteurs (1) avaient également attiré l'attention sur les lésions appendiculaires, mais ces travaux ne pouvaient rien contre les idées médicales du temps. C'était prêcher dans le désert et, malgré cela, les phénomènes morbides de la fosse iliaque droite étaient toujours attribués au cæcum ! Le mémoire de Fitz fit plus que tous les autres réunis pour l'étude de cette question. Le premier il donna un exposé précis, détaillé et démonstratif de la maladie maintenant connue de tout le monde, sous le nom d'appendicite.

Le rôle du péritoine.

Les phénomènes anatomo-pathologiques et cliniques appelés familièrement « attaque d'appendicite » ne sont autre chose qu'une infection et une inflammation du péritoine voisin de l'appendice.

L' « appendicite » est essentiellement une variété de péritonite. Ses manifestations, ses effets, ses conséquences possibles, ne sont pas autre chose. Quelles qu'aient été les altérations antérieures à l'attaque, celle-ci ne se révèle et en réalité n'existe qu'au moment où le péritoine est envahi. Inutile d'ajouter que la péritonite en question est provoquée par l'état morbide de l'appendice, lésion primitive nette au point de vue anatomique, beaucoup plus obscure au point de vue clinique.

L'appendicite de Fitz. Appendicite sans symptômes.

Fitz avait donné le nom d'appendicite aux lésions de l'appendice lui-même et non à la crise péritonéale. Il est intéressant de rechercher quels symptômes, s'il en est, appartiennent à l'inflammation appendiculaire, à l'appendicite pure, celle de Fitz, qui précède nécessairement les manifestations sur le péritoine, c'est-à-dire l'attaque d' « appendicite ».

Tout d'abord, l'appendice peut être profondément altéré, ses parois infiltrées, sa muqueuse ulcérée, son canal sténosé, sans aucun signe clinique appréciable. On voit, en effet, des crises d'appendicite apparaître subitement sans trouble abdominal antérieur, on voit également les crises se succéder, alors que dans l'intervalle

(1) Sir Frederick Treves, en raison de sa compétence spéciale et de son titre de chirurgien de la maison royale, fut chargé, on le sait, d'opérer Edouard VII dans sa récente crise d'appendicite. Par une singulière coïncidence cette leçon fut faite le 20 juin, juste 4 jours avant l'opération du roi.

(2) *American Journ. of med. sciences.*

(1) Mélier en 1827 et John Burne en 1837.

le patient n'éprouve pas le plus léger malaise au niveau de la fosse iliaque droite. Je me souviens un jour, au cours d'une opération pour un kyste de l'ovaire, avoir rencontré et fait l'ablation d'un appendice gravement atteint : or, jamais, la patiente n'en avait ressenti le moindre inconvénient. Il existe donc nombre d'altérations morbides de l'appendice que rien ne révèle, tant qu'il n'y a pas appendicite (péritonite) au sens actuel du mot.

Il n'en est pas toujours ainsi et la crise aiguë d'appendicite peut être précédée par des petites douleurs, irrégulières et de courte durée, à la région cæcale. Ces souffrances ont quelquefois, à certains moments, plus d'acuité et s'accompagnent de nausées, de lipothymies, voire de vomissements. Il n'y a ni élévation de température, ni tympanisme du ventre, et tout se calme en une heure ou deux, laissant au malade une vague sensation de faiblesse et de malaise dans la région de l'aine droite avec, souvent, une pénible constipation. Ces troubles légers, parfois improprement qualifiés de coliques appendiculaires dépendent uniquement d'un état morbide de l'appendice. Exceptionnellement, il s'y mêle un faible degré de péritonite ou une petite crise d'appendicite en miniature. Tout ceci peut devenir assez persistant pour troubler la santé et fatiguer le malade. Dans ces conditions, nous sommes autorisés à enlever l'appendice alors même qu'il n'y a pas eu attaque d'appendicite : l'organe réséqué est, en général, malgré son apparence extérieure normale, induré, épaissi et ulcéré intérieurement.

Chez un troisième groupe de sujets, les douleurs de la fosse iliaque droite sont persistantes et peuvent se prolonger durant des mois, associées ou non à de véritables attaques d'appendicite. Ces malades ne sont jamais bien portants ils ont de la dyspepsie, des coliques, de la constipation et se plaignent d'une sensibilité plus ou moins vive et d'un sentiment de poids ou d'arrachement dans la fosse iliaque droite. L'appendice se présente anatomiquement sous des aspects variables, tantôt atteint intérieurement et normal à l'extérieur, tantôt rempli de concrétions, courbé sur lui-même et tordu. Lorsqu'il n'y a pas eu crise d'appendicite, le péritoine étant sain, ces cas méritent le nom d'appendicite vraie, au sens de Fitz. Cliniquement, d'ailleurs, on ne peut pas prévoir l'état anatomo-pathologique de l'appendice d'après les seules manifestations symptomatiques. On doit penser toutefois que toute transformation des signes morbides, du simple malaise vers la douleur aiguë, implique une marche en avant du mal vers le péritoine.

Étiologie de l'appendicite.

L'appendice étant une portion du tube intestinal se comporte en pathologie comme ce dernier. Comme lui, il peut être atteint de catarrhe, d'ulcérations, de perforation conduisant à une péritonite qui ne diffère pas des autres péritonites d'origine intestinale. Les particularités propres à l'appendice sont les suivantes : il se termine en cul-de-sac, ce qui favorise la formation des calculs ; sa torsion facile entraîne des troubles notables dans son irrigation sanguine ; sa destruction, en outre, n'altère aucune fonction physiologique.

Les causes proprement dites de l'appendicite sont nombreuses et encore insuffisamment connues. Cette maladie est particulièrement fréquente dans le jeune âge et le sexe masculin : 80 % des cas concernent des individus au-dessous de 30 ans, et 73 % des hommes ou des garçons.

Il convient, à propos de l'étiologie de l'appendicite, de retenir quelques faits intéressants :

1° La vie dans les pays tropicaux favorise le développement de cette maladie, ce qui s'explique aisément par la place considérable qu'occupent les affections intestinales dans les contrées chaudes.

2° Chez la femme, l'invasion d'une attaque d'appendicite coïncide fréquemment avec les règles. Si la crise appendiculaire aiguë est classique, son diagnostic n'offre pas de difficulté, qu'elle débute ou non avec la menstruation. Il est des cas plus vagues, par contre, dans lesquels le clinicien est fort embarrassé pour faire la part de l'appendice et celle de l'ovaire dans la symptomatologie. C'est là une étude différentielle toujours très délicate, l'appendice et l'ovaire droit étant souvent en contact, leurs lymphatiques réciproques communiquant ensemble, les lésions de l'un pouvant retentir sur l'autre.

3° Le facteur le plus commun et le plus nettement établi de l'étiologie de l'appendicite est l'engorgement cæcal. Comme préliminaires de la crise, on note très fréquement chez les malades de la constipation, de l'accumulation dans le cæcum, d'une nourriture indigeste ou difficile à digérer.

D'autres fois, le patient mastiquait mal, prenait ses repas à des heures irrégulières ou se mettait à un travail actif immédiatement après avoir mangé. Ainsi font le voyageur de commerce, l'écolier studieux, l'homme d'affaires qui déjeune rapidement et debout tout en causant, et quelques autres personnages paradoxaux, tel le journaliste aux occupations irrégulières et nocturnes.

L'engorgement cæcal provoque du catarrhe appendiculaire, obstrue l'orifice de l'appendice, favorise sa torsion et gêne sa circulation sanguine.

Mais je me hâte d'ajouter que, très souvent, les causes de l'appendicite nous échappent. Parmi les malades qui en sont atteints, un bon nombre sont des personnes soigneuses, mangeant doucement, avec d'excellentes dents, et digérant bien. De plus, combien d'individus, avec des dents insuffisantes, mastiquent mal, avalent ainsi leurs aliments, sont dyspeptiques et constipés sans pour cela faire de l'appendicite !

On a voulu faire jouer un rôle aux graines végétales et aux corps étrangers déglutis par inattention. Certains auteurs soutiennent encore que toute graine pénétrant dans le tube digestif s'en va dans l'appendice comme le lapin poursuivi par le chasseur se réfugie dans son terrier. Pour eux, la recommandation de ne pas manger de graines constitue toute la prophylaxie de l'appendicite ! En réalité, le rôle des corps étrangers est sans grand intérêt.

Le point de Mac Burney.

Chacun sait quelle importance — souvent excessive, presqu'absurde parfois — on attache, dans le diagnostic de l'appendicite, à la douleur

localisée au point dit de Mac Burney. Pour nombre de cliniciens, le point de Mac Burney est un signe divin, un talisman médical, une clef de toute situation difficile. Existe-t-il ? C'est une appendicite. Fait-il défaut ? Il y a forte présomption pour qu'il ne s'agisse pas d'appendicite. Ce phénomène devient la vraie pierre de touche, l'élément principal de la maladie !

Or, Mac Burney lui-même n'est pas aussi radical, et voici ce qu'il écrit : « Je crois, dit-il, que dans tout cas d'appendicite le siège du maximum de la douleur, déterminé par la pression digitale, se trouve très exactement entre 1 pouce 1/2 et deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une ligne droite allant de cette épine à l'ombilic. Ce point correspond à la base de l'appendice » (1).

Indiscutablement, la douleur de la fosse iliaque droite est un signe caractéristique d'appendicite. Etant au centre de cette fosse le « point » en discussion se trouve ainsi au centre de la région douloureuse. Il ne faut pas lui attribuer d'autre valeur clinique, il n'indique ni le point de départ, ni même le maximum de la lésion (ceci est admis par Mac Burney). Il ne sert à préciser ni la situation de l'appendice, ni celle de sa base. Loin d'être pathognomonique à la maladie dont nous nous occupons, la douleur au point de Mc Burney s'observe fréquemment chez des personnes sujettes à l'entérite cæcale et chez des personnes absolument *saines*.

Pour vider la question, il était utile d'établir des éléments d'appréciation : quels sont les organes sous-jacents à la ligne spino-ombilicale ? quelles sont les différences (s'il en existe) entre les deux lignes spino-ombilicales droite et gauche ? quelles parties anatomiques correspondent exactement aux points connus sous les noms de points de Mac Burney et de Monro ? pourquoi, enfin, chez les sujets non malades, la douleur en certains endroits de la fosse iliaque droite est-elle si commune, alors que rien de semblable n'a lieu à gauche ?

J'ai demandé au Dr A. Keith, professeur d'anatomie au London Hospital, de vouloir bien faire quelques recherches sur ce sujet. En voici les résultats :

1° La ligne spino-ombilicale va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Elle croise le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen en un endroit nommé point de Monro (Merkel). Cette ligne mesure environ, chez l'adulte jeune, 6 pouces et le point de Monro est distant de 2 pouces 6 de l'épine iliaque. L'uretère croise la ligne spino-ombilicale à la jonction de son tiers interne avec son tiers moyen. Le point de Monro correspond à peu près à celui de Mac Burney, mais il a l'avantage d'une localisation plus précise.

2° Les deux fosses iliaques n'offrent aucune différence anatomique, si ce n'est la présence du cæcum et de l'appendice à droite, et de l'S iliaque à gauche.

3° L'organe particulier au côté droit correspondant plus ou moins exactement aux points de Mac Burney et de Monro est la valvule iléo-cæcale quelquefois un peu au-dessus, d'autres fois au-dessous. Quant à la base de l'appendice, elle est située au-dessous de l'ouverture de l'iléon, à un pouce au moins plus bas.

4° La douleur à la pression accusée par nombre de personnes saines dans la fosse iliaque droite est due à la vavule iléo-cæcale. Le Dr Keith a examiné, à ce propos, 27 étudiants en médecine bien portants et il trouva 24 fois une douleur locale aux environs des points de Monro et de Mac Burney ; 3 fois elle n'existait pas.

L'appendice fantôme.

Il arrive parfois, en palpant la fosse iliaque droite chez un sujet suspecté d'appendicite, de sentir un corps allongé que l'on confond aisément avec un appendice tuméfié. Cette petite tumeur, semblable à un tuyau de pipe, est verticale ou oblique. A l'opération, on ne retrouve plus rien : le fantôme est probablement le résultat de la contraction musculaire du bord externe du grand droit ou des obliques interne et transverse.

Le traitement opératoire de l'appendicite.

Sur cette question, médecins et chirurgiens sont extrêmement divisés. Aussi est-il difficile de se faire une opinion d'après les travaux et les statistiques cependant nombreuses qui ont été publiées. Je m'en tiendrai uniquement à mon expérience personnelle.

De l'opération a chaud.

La majorité des appendicites guérit spontanément et la mortalité générale de cette affection, comprenant les cas de toutes intensités, ne s'élève probablement pas au-dessus de 5 %. D'autre part, l'opération systématique à chaud offre une léthalité de près de 20 %, elle fait donc courir des risques beaucoup plus considérables que l'abstention opératoire.

Les propositions suivantes me paraissent résumer la conduite à tenir, chirurgicalement, en matière d'appendicite aiguë :

A. La pratique qui consiste à opérer toujours, dès le diagnostic d'appendicite, n'est pas sanctionnée par ce que nous savons de la pathologie et de la mortalité de cette maladie.

B. Par contre, la laparotomie s'impose, le plus tôt possible, dans tous les cas suraigus, lorsque, dès le début l'infection est intense et l'intoxication évidente.

C. L'opération est nécessaire immédiatement dès que l'on peut soupçonner la suppuration.

En dehors de ces deux groupes de cas, il est bon d'attendre au 5 ou 6e jour pour prendre une décision. La grande majorité des appendicites guérit spontanément, sans intervention chirurgicale. D'ailleurs, comparativement au nombre considérable d'appendicites que nous observons les cas suraigus et les suppurations sont rares.

Opération a froid.

J'ai enlevé l'appendice à froid plus de 1000 fois avec 2 décès. Le risque opératoire est certainement moindre que celui que font courir les attaques ultérieures possibles.

Traduit du *British medical Journal*,
par le Dr P. Lacroix.

(1) In *New-York med. Journ.* 1889, et *Annals of Surgery*, 1891.

CLINIQUE DE STOMATOLOGIE

Sur l'indication de l'anesthésie générale en art dentaire — Cocaïne,

par J. Ferrier, Dentiste des hôpitaux (Pitié).

Messieurs.

Voici un jeune patient qui se présente pour se faire extraire la deuxième molaire inférieure gauche ; il souffre depuis plusieurs jours de cette dent ; plusieurs nuits sans sommeil ont mis son système nerveux dans un état d'irritabilité extrême et il nous demande de lui épargner cette dernière douleur de l'extraction par l'anesthésique que nous jugerons à propos d'employer. Timidement, il a parlé de chloroforme.

Nous estimons que, malgré des circonstances sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, la cocaïne nous suffira amplement pour le cas présent, mais nous allons profiter de l'occasion pour vous dire comment nous entendons, pour notre propre compte, l'emploi des anesthésiques généraux en art dentaire.

A l'une des séances de notre section de stomatologie, au congrès de médecine dernier, j'ai pu me convaincre que les anesthésiques généraux en art dentaire avaient des partisans déterminés ; notre confrère Julien Tellier, de Lyon, nous a fait sur l'emploi de l'éther une communication des plus intéressantes et des plus documentées : un autre confrère, M. Bouron, de St-Jean d'Angély, nous a décrit sa façon d'employer le chloroforme, chacun d'eux faisant ressortir la sécurité de sa façon de faire : puis, dans la discussion qui a suivi. M. Gires a préconisé le chlorure d'éthyle, M. Pitsch, le bromure d'éthyle, M. Nogué, le protoxyde d'azote mélangé d'oxygène.

Tous ces anesthésiques étaient plus inoffensifs les uns que les autres.

Il nous est resté de cette séance l'impression que notre arsenal d'anesthésiques généraux était bien monté, que nous en avions pour les opérations courtes, pour les opérations longues et même pour celles de moyenne durée, mais aussi qu'aucun des orateurs n'avait présenté une étude critique des indications de l'anesthésie générale en art dentaire.

Et cependant, cela nous paraît un point capital car, tout inoffensifs qu'ils sont, ces anesthésiques tuent tout de même de temps en temps, les uns un patient sur 14,000, les autres, un sur 3.000, nous disent les statistiques ; c'est peu, à la vérité, et nous n'hésiterions pas à en user largement si les statistiques voulaient dire que nous donnerons le chloroforme 2,999 fois, ou l'éther 13.999 fois avant d'avoir un accident.

Mais elles veulent dire tout juste que, sur le nombre d'anesthésies connu des statisticiens, il y a eu tant de morts. Et ces chiffres sont impuissants à nous avertir du moment où tombera sur nous, ou plutôt sur notre patient, cette épée de Damoclès, l'anesthésie fatale ; c'est que, en effet, le statisticien ne tient et ne peut tenir compte ni de l'anesthésiste, ni du produit employé, ni du patient, éléments capitaux pour la fin de l'opération, et qui varient tous pour chaque cas nouveau.

Où donc est en effet l'opérateur toujours égal à lui-même, dont l'attention se maintienne toujours au summum d'acuité que réclame une anesthésie générale ?

Le produit employé ? qui donc peut répondre absolument de sa pureté ?

Le malade ? Vous connaissez tous, quelques-uns d'entre vous pour les avoir vus, les cas malheureux qui, sans avoir présenté la moindre contre-indication, se relèvent brusquement à la première inspiration de chloroforme et retombent foudroyés. La statistique vous dit que ça n'arrive qu'une fois sur 3.000 cas, mais, elle ne vous dit pas si vous n'allez pas tout à l'heure clore une série par une mort, et, demain peut-être, en commencer une par une autre mort.

En somme, vous ne pouvez pas, quelqu'habile anesthésiste que vous soyez, affirmer, malgré l'éloquence des chiffres, que le patient qui est là, bien vivant devant vous, ne sera tout à l'heure un cadavre. — Et vous vous trouverez dans la même tmpossibilité chaque fois que vous ferez une anesthésie, car tout sera chaque fois changé, malade, produit chimique, opérateur même.

Et puis, êtes-vous bon anesthésiste ? — Oui, je sais bien ; pendant votre année de chirurgie, vous avez quelquefois tenu la compresse que vous avait confiée l'interne, pour assister lui-même de plus près à l'opération, ou prêter à son chef une assistance plus effective ; mais l'opération vous intéressait aussi, et vous n'avez apporté à votre fonction qu'une faible partie de votre attention : — puis vous avez quitté les hôpitaux, vous vous êtes spécialisé aux maladies de la bouche, et dans cette spécialité, vous n'avez usé des anesthésiques que d'une façon très accessoire, votre raison d'être étant la conservation et non la destruction des dents : — or, il nous semble qu'un bon anesthésiste ne se forme pas comme cela. — Vous n'êtes donc pas bon anesthesiste et vous ne pouvez guère le devenir, parce qu'il vous faudrait pour cela une longue pratique que ne comporte pas votre genre d'occupations.

Nous parlons ici des médecins qui ont en somme un commencement d'expérience et l'instruction nécessaire pour la perfectionner : mais que pourrions-nous dire des dentistes à qui la loi confère souvent à 19 ou 20 ans le droit de pratiquer l'anesthésie générale et locale ? — heureusement pour leurs concitoyens qu'ils sont plus prudents que les législateurs : ils regardent fièrement cette arme terrible dont on leur a fait le dangereux cadeau, mais ils n'ont garde d'y toucher -- et il faut les en féliciter.

En résumé donc, pour revenir à notre sujet : chaque fois que vous faites une anesthésie générale. vous êtes dans l'incertitude absolue sur le résultat final, au point de vue de la vie de votre patient, s'entend. C'est donc un acte de la dernière gravité que vous allez accomplir, et cette gravité s'augmente encore du peu d'habitude que vous avez nécessairement du maniement des anesthésiques généraux. (Nous parlons d'une façon générale, et nous ne voudrions pas que les confrères qui ont apporté au congrès, le résultat de leur expérience, puissent croire que nous leur adressons une critique ; nous tenons au contraire à rendre pleine justice à leur science, et à leur habileté à manier les anesthésiques mais nous tenons à établir que cette habilité qu'ils ont acquise est une exception dans la

pratique courante de notre profession, et restera par nécesssité professionnelle, une exception)

Voyons quelle est l'importance de l'opération que vous avez à mettre en balance avec cet acte. Il s'agit ou bien de l'extraction d'une ou plusieurs dents ou racines chez un sujet pusillanime, ou bien, chez un sujet normal, de débarrasser complètement une bouche de ses dents et de ses chicots, en vue de l'application d'une pièce de prothèse, ou bien enfin il s'agit d'extraction urgente, de dents de sagesse le plus souvent, ayant déterminé un phlegmon, de la constriction des mâchoires, etc.

Dans le premier cas, vous êtes obligés de considérer, non pas l'importance de l'opération, mais celle qu'y attache le patient. Vous devez toujours, dans ce cas, tenter de ramener cette importance à ses véritables proportions, et le plus souvent vous y réussirez — en faisant ressortir la gravité de l'anesthésie, comparée à l'insignifiance d'une ou même de plusieurs extractions surtout pratiquées avec anesthésie locale, — en faisant valoir qu'un chirurgien n'endort pas pour ouvrir un panaris, un anthrax, même parfois, un phlegmon, opérations autrement douloureuses que l'extraction d'une dent. En cas d'insuccès de votre plaidoirie, accordez l'anesthésie générale, car votre patient ira se faire... anesthésier ailleurs.

Examinons le second cas, qui est celui pour lequel on pratique le plus souvent l'anesthésie ; il s'agit d'aller vite et de débarrasser une bouche d'un seul coup. — Et pourquoi aller si vite ? — Nous ne nions pas qu'il puisse se trouver des circonstances où la pose rapide d'une pièce de prothèse s'impose, et dans ce cas, l'anesthésie ne peut être refusée, mais c'est la très rare exception.

Dans les cas ordinaires, vous n'appliquerez de pièce prothétique, — provisoire, — bien entendu, que plusieurs jours après l'extraction, et alors, pourquoi ne pas faire les extractions en plusieurs séances avec les anesthésiques locaux le patient aura sa pièce quelques jours plus tard, c'est vrai, mais que vaut cette perte de quelques jours à côté de la gravité de l'anesthésie ? ici donc l'importance de l'opération ne peut être invoquée pour justifier l'anesthésie.

Dans le cas suivant, accidents phlegmoneux, constriction, etc., l'anesthésie va de droit, et souvent même c'est à vous de l'imposer.

En somme, il vous reste comme indication d'anesthésie générale, le cas du pusillanime irréductible, — très rare, — le cas non moins rare d'une pièce à placer d'urgence, enfin, les accidents, moins rares, de dents de sagesse ou les accidents similaires occasionnés par des dents du fond. Vous voyez qu'en y regardant de près, ces indications, grâce, il est vrai aux anesthésiques locaux, se réduisent considérablement, et que l'anesthésie générale pour extractions dentaires. peut et doit devenir une rareté.

Nous vous avons assez fait ressortir la gravité de l'anesthésie générale pour que vous pressentiez qu'elle ne puisse être faite, à notre avis, que dans certaines conditions.

Nous estimons que quand nous avons à intervenir sous l'anesthésie générale, nous le faisons le plus souvent dans des conditions de difficulté telles que nous devons être dégagés de toute préoccupation autre que celle de mener à bien notre opération ; c'est dire qu'il nous faut l'aide d'un confrère sûr, anesthésiste expérimenté. La spécialité d'anesthésiste n'existe pas en médecine, c'est regrettable, mais il se trouve heureusement assez de confrères ayant une longue habitude de l'anesthésie et dont on peut s'assurer le concours au premier signal. C'est, pour notre part, la façon dont nous pratiquons et jusqu'à ce jour, nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Cette précaution prise, il y aurait lieu de faire un choix judicieux de l'anesthésique à employer; mais il suffit de se rapporter à la séance du congrès dont nous parlions au début de cette causerie, pour se convaincre que le meilleur est celui dont le confrère que vous appelez a l'habitude. Si, ce qui serait parfait, tous lui étaient également familiers, ce serait à vous de choisir le mieux approprié à l'opération que vous auriez à faire.

Un dernier conseil sur ce sujet : il est de sage précaution d'opérer toujours le patient chez lui. Il y a à cette manière de faire plusieurs avantages, tels que — celui d'éviter le transport du patient après anesthésie, celui de lui laisser goûter dans son lit un repos bien nécessaire, — celui de pouvoir vaquer sans entraves à vos occupations dans votre cabinet, — celui enfin d'éviter chez vous les cruels ennuis d'un accident toujours possible malgré tout. (*Revue de stomatologie.*)

HYGIÈNE SCOLAIRE

La Ligue des médecins et des pères de famille nous demande de publier cette lettre à l'adresse de nos lecteurs :

Monsieur et cher Confrère,

Dans sa campagne pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles, la *Ligue des médecins et des pères de famille* a besoin de s'appuyer sur des faits précis : c'est le meilleur moyen de vaincre l'indifférence, le scepticisme et la routine.

Pour recueillir les documents nécessaires, elle fait appel à tous ses adhérents, à tous ses amis, et, en particulier, aux médecins de province mieux placés en général que ceux de Paris pour connaître et suivre ce qui se passe dans les familles et les écoles. Ses fondateurs vous seraient très reconnaissants de leur signaler, dans l'intérêt général, des observations authentiques en réponse aux questions suivantes :

I. — Avez-vous remarqué des défectuosités graves dans un établissement scolaire que vous connaissez bien ?

a) Les locaux affectés aux classes, aux études, aux dortoirs, sont-ils suffisamment aérés et éclairés ?

Leur mode de chauffage vous paraît-il présenter des inconvénients sérieux ?

b) Existe-t-il une installation suffisante pour rendre facile la propreté corporelle (lavabos, bains, douches) ?

c) Le mobilier scolaire, tables et bancs, vous paraît-il défectueux ? Pensez-vous qu'il expose les élèves à des déformations de la taille ou à des troubles de la vue ?

d) Les latrines sont-elles convenablement aménagées et proprement tenues ?

II. — En quoi consistent les exercices physiques des élèves ?

Pendant combien de temps séjournent-ils au grand air ?

III. — L'alimentation est-elle suffisante et bien choisie ? — Surveille-t-on la façon dont s'alimentent les élèves ?

IV. — Pouvez-vous nous communiquer des observations d'états morbides, en dehors des maladies aiguës contagieuses, qui vous aient paru imputables à une imperfection de l'hygiène scolaire ? (Neurasthénie scolaire, céphalée, anémie, scrofule, tuberculose, dyspepsie, entérite, etc.)

Les renseignements et les observations que vous voudrez bien nous adresser serviront à constituer des dossiers d'études ; ils seront considérés comme absolument confidentiels, à moins que vous ne nous autorisiez formellement à les publier.

Pour faire triompher nos principes, pour provoquer les améliorations nécessaires, il importe que les hommes compétents et de bonne volonté, les médecins en première ligne, fassent comprendre aux familles et au corps enseignant tous les dangers de l'état de choses actuel et l'urgence d'une réforme profonde.

Il faut que l'Université et ses concurrents renoncent à des pratiques qui ont compromis la santé physique et intellectuelle de beaucoup des jeunes gens confiés à leurs soins.

Il faut obtenir, dans des conditions matérielles suffisantes pour le développement corporel, la mise en œuvre de programmes d'études et de méthodes pédagogiques capables de donner à la France un état-major d'hommes éclairés, vigoureux, entreprenants, bien armés pour la lutte de la vie, capables en un mot de lui conquérir et de lui conserver dans le monde la place que lui mérite son passé.

Pour que notre Ligue puisse avoir une action efficace dans cette renaissance, il lui faut *beaucoup* d'adhésions convaincues dans les familles ; nous faisons donc un énergique appel à votre dévouement et à votre patriotisme, en vous demandant non pas seulement l'approbation de notre but, mais surtout votre active collaboration (1).

Le Comité.

PHTHISIOLOGIE

Referendum à propos du séjour des tuberculeux pulmonaires au bord de la mer.

M. le Dr Viaud, de Coutainville-les-Bains (Manche) demande, dans une lettre au Dr Derecq, de bien vouloir instituer un referendum relatif à la question du séjour des tuberculeux pulmonaires au bord de la mer, et nous saisissons bien volontiers cette occasion de favoriser une si intéressante tentative, en engageant nos lecteurs à nous communiquer leurs propres remarques et leur opinion personnelle.

(1) Nous prions nos lecteurs de se reporter à la circulaire par laquelle la Ligue a annoncé sa formation. (Voir n° 17 du *Concours*, 1902)

Voici, d'ailleurs, en quelques lignes, les questions que M. Viaud désire voir poser aux médecins de bains de mer et à tous les praticiens en général :

« 1° Convient-il d'envoyer à la mer des tuberculeux pulmonaires ?

« 2° Si oui, lesquels ? à quelle période ?

« 3° De quelle époque à quelle époque ? Durée du séjour ?

« 4° Quelles plages choisirez-vous de préférence ? Plages du Nord ou plages du Midi ?

« 5° Peut-on autoriser les bains de mer ou bains d'eau de mer en baignoire ? De quelle durée ? Dans quels cas.

« 6° Si vous catégorisez vos malades, faites connaître les indications et les contre-indications.

« 7° Si vous êtes pour la mer, faites connaître vos raisons. Si vous êtes contre la mer, faites-les connaître encore.

« 8° Conditions que doit réunir une station marine pour donner le maximum d'effets salutaires, etc., etc ».

M. le Dr Viaud, signataire de la lettre si remplie d'intérêt que l'on vient de lire, n'est pas un inconnu, surtout pour les abonnés et les lecteurs du *Concours* ; nous espérons recevoir de nombreuses réponses.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Projet de modification de la loi Roussel dans les villes. Une consultation de nourrissons.

Dans un excellent article paru in *Bulletin médical*, M. le Dr Lop, de Marseille, après avoir déclaré que, telle qu'elle est, la loi Roussel a rendu et rendra encore de grands services, insiste sur la nécessité de modifier cette loi, qui présente de nombreuses lacunes.

« En attendant une nouvelle loi Roussel, dit notre confrère, l'initiative privée des médecins-inspecteurs doit s'exercer à rendre plus efficace le service de la protection. Aussi ai-je pensé à demander à M. le préfet des Bouches-du-Rhône, de vouloir bien m'autoriser à créer une consultation de nourrissons dans ma circonscription, qui comblerait ainsi une des plus grosses lacunes de la loi Roussel, c'est-à-dire l'absence de surveillance médicale réelle, efficace, des enfants. J'ai soumis cette idée à M. le professeur Budin, qui a bien voulu l'approuver entièrement et a signalé cette tentative — que je crois la première dans cette voie — à M. le sénateur Strauss, lequel, à son tour, m'a accordé son précieux appui auprès du ministre de l'Intérieur pour me faciliter la tâche.

« Le projet en question ne peut s'appliquer qu'aux circonscriptions urbaines ; il serait d'une application difficile, pour ne pas dire impossible, dans les campagnes, à cause de l'éloignement et de la dissémination des nourrices. Mais on pourrait faire bénéficier les nourrissons des campagnes d'une protection beaucoup plus efficace en fournissant aux médecins-inspecteurs suburbains un pèse-bébés portatif — il en existe de très ingénieux — et des graphiques de poids portant en marge une colonne de blanc qui per-

mettrait à nos collègues d'inscrire leurs observations. »

Voici maintenant les dispositions que je propose d'adopter. Ce sont, en substance, celles que j'ai soumises à M. le préfet des Bouches-du-Rhône dans un exposé plus détaillé. J'élimine seulement ici ce qui, dans ces propositions, avait un caractère local.

1° Convoquer les nourrices tous les quinze jours, à heure fixe, dans un local approprié, situé en un point central de la circonscription ; les enfants y seront déshabillés, pesés et examinés ; le résultat de cet examen sera consigné sur des fiches *ad hoc* auxquelles seront annexés le graphique des poids et des observations qui auront pu être faites.

2° Les nourrices et les gardiennes se rendront à cette visite munies de leur carnet, sur la page de garde duquel aura été appliquée — par les soins du médecin-inspecteur pour les nourrices ayant déjà un enfant, et par l'employé chargé d'établir le carnet pour les nouvelles au fur et à mesure qu'elles se présenteront à la mairie — une note indiquant le local et le jour de la consultation.

3° Pendant les froids rigoureux, les *débiles — de même que les malades en tout temps* — seront, comme par le passé, vus à domicile ; la nourrice d'un enfant débile n'aura qu'à informer le médecin-inspecteur le jour de la visite.

Les principaux avantages de cette organisation sont, à mon avis, les suivants :

a) La surveillance sera rendue plus efficace : le développement régulier de l'enfant sera mathématiquement surveillé par la balance, et non *à vue d'œil*, comme il est actuellement ; les graphiques de poids ont autrement de valeur qu'un « bien » ou un « mal » mis sur un carnet !

b) Direction effective de l'allaitement, laquelle ne peut exister sans le secours de la balance. Conseils et encouragements aux nourrices ; encouragement à la vaccine.

c) Deux visites par mois au lieu d'une tous les mois ou tous les deux mois.

d) Action plus sérieuse sur ou contre les nourrices.

INCONVÉNIENTS DE L'INSPECTION ACTUELLE.

Ils sont nombreux ; je n'en veux pour preuve que les nombreuses protestations de l'Académie de médecine et le projet de modification de la loi Roussel qui a été présenté au Sénat.

a) — Bien des nourrices ne sont vues que tous les deux mois ; les nourrices n'étant pas prévenues de notre passage sont fréquemment absentes.

b) — *Absence de pesées*. C'est là un défaut capital.

c) — Défaut d'action contre les nourrices qui se soustraient bien souvent, trop souvent même, à la visite du médecin, en laissant sous un prétexte quelconque leur nourrisson à la garde d'un étranger, quand ce n'est pas à celle d'un enfant !

Quels sont les frais qu'entraînerait l'adoption de ma proposition ?

1° Achat d'une balance pèse-bébés (25 à 35 fr.).

2° Chauffage du local deux fois par mois en hiver (6 fr. par mois).

3° Graphiques d'allaitement (5 à 15 fr. le mille).

OBJECTIONS A MES PROPOSITIONS.

a) Sortie des débiles et des malades. J'y ai songé au paragraphe premier.

b) — Absence d'inspection des logements :

Cette inspection peut être faite par des personnes non médecins. Jamais je n'ai vu les familles tenir compte des avis du médecin signalant le logis de leur nourrice comme un foyer d'infection et de saleté. Jamais je n'ai vu retirer un nourrisson pour cette raison, malgré mes avis réitérés.

Mon projet étant absolument contraire à la lettre de la loi de 1874 qui exige la visite à domicile, je l'ai modifié ainsi :

1° Une inspection à domicile, telle que l'exige la loi.

2° Une visite du nourrisson à la consultation tous les mois. Je n'en reste pas moins convaincu que mon premier exposé est supérieur à celui-là. Je considère la visite à domicile comme à peu près inutile. La fréquence des absences, le défaut d'action contre l'insalubrité des logements, le manque de pesées, sont autant de raisons qui plaident contre le maintien de la visite à domicile.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Séance tenue à Parthenay, le lundi 14 octobre 1901, sous la présidence du Dr J. CHARIER, *président.*

La réunion d'automne a été précédée, selon l'usage, d'un banquet, organisé par les bons soins du Dr Marion, et servi à midi à l'Hôtel Lodenos, à Parthenay. Ces agapes fraternelles avaient réuni un nombre plus considérable qu'à l'habitude des membres actifs du Syndicat, autour d'une table, où, grâce aux mets et aux vins exquis, la bonne camaraderie et la franche amitié ont pu rivaliser avec l'appétit des convives.

Au champagne, le Président, après avoir remercié les membres présents d'avoir répondu nombreux à son invitation, ainsi que Me Mercier, notre avocat-conseil, fait un pressant appel auprès de tous ses confrères pour les engager à s'associer aux différentes œuvres de mutualité et de solidarité professionnelle, dont un médecin doit faire partie dans notre société moderne :

1° *Le Syndicat médical de sa région* : Dans les Deux-Sèvres : 8 francs de cotisation ;

2° *L'Amicale* : Indemnité de maladie journalière de 10 francs pendant 60 jours, puis 100 francs par mois : cotisation, de 54 fr. à 165 fr. suivant l'âge d'entrée ;

3° *Le Sou médical* : 18 francs par an, 1 sou par jour ;

4° *La Caisse de Pensions de Retraites à 60 ans* : cotisations très variables, depuis 48 fr. à 20 ans pour 600 fr. de pension viagère à 60 ans ;

5° *Le Concours médical*, 23, Rue de Dunkerque, Paris, Société civile qui a créé et soutient toutes ces œuvres, et dont la cotisation, 10 francs par an, donne droit à la réception du journal *Le Concours médical*, lequel étudie particulièrement toutes les questions intéressant le corps médical.

La réunion a lieu ensuite à deux heures à la mairie de Parthenay.

Présents : MM. Audouin, Boudard, Bégusseau, E. Bellot, Breffeil, Besnard, Bouchet, Charier, Clais, Forget, Gaillard, Gaud, Guillon, Hay-Margirandière, Jaurand, Lamy, Marion, Mosnay, Poineau, Pelletier, Rabec, Roi (de Frontenay-Rohan-Rohan), Roulland, Seguin, Tiffaud, Vandier, Verlet, Verrier et Me Mercier.

Excusés : MM. Blanchet, Corbin, Dourif, Escure, Landry, Lecointre, Frey, Mayet, Métais, Moreau, Pérault, Pillet, Roy, (d'Argenton).

Le secrétaire procède à la lecture du procès-verbal de la dernière réunion qui est adopté à l'unanimité.

Le Dr Forget (de Coulon), qui payait régulièrement sa cotisation depuis plusieurs années, mais dont l'élection ne figurait au procès-verbal d'aucune réunion antérieure, est, sur la proposition du Président, inscrit régulièrement au procès-verbal de cette réunion, comme membre du Syndicat : *Approuvé.*

Le Dr Roi (de Frontenay-Rohan-Rohan), présenté par les Drs Eugène Bellot et Poineau est élu à la majorité des suffrages, membre du Syndicat. Il est invité à prendre part à la délibération.

Lecture est donnée par le Secrétaire de la situation financière :

Au 1er janvier, il y avait en caisse 1170 fr. 95.

Les dépenses se sont élevées à la somme de 553 fr. 95.

Les recettes à 718 fr. 30.

Il reste en caisse 164 fr. 35 et deux titres de rente 3 % français au porteur, achetés au cours de l'année :

N° 0,761.138, rente 5 francs, jouissance 1er avril 1901.

N° 1.286.425, rente 30 francs, jouissance 1er avril 1901.

Des remerciements sont adressés au Dr Grassin pour la bonne gestion des finances du Syndicat.

Le bureau du Syndicat est en entier réélu pour l'année 1902. La liste en est publiée avec celle de tous les membres du Syndicat et annexée au procès-verbal. Le Président remercie de l'honneur qui lui est fait, et assure le Syndicat de son entier dévouement.

Le mandat des membres de la Commission de vérification des notes d'honoraires des médecins et des mémoires des pharmaciens pour l'assistance médicale gratuite expire cette année : Sont choisis comme candidats pour trois années consécutives, à dater de 1902, les confrères dont les noms suivent, pris parmi les membres du Syndicat.

MM. Charier, de Thouars ; Corbin, de Saint-Maixent ; Gaillard, de Parthenay ; Gaud, de Melle ; Boudard, de Sauzé-Vaussais ; Grassin, de Frontenay-Rohan-Rohan ; Mosnay, de Saint-Varent ; Verlet, de Vasles.

Cette liste sera envoyée à tous les Confrères syndiqués ou non du département.

Le Président rend compte des travaux du bureau et des affaires courantes :

Le rebouteur de Melle, poursuivi à la requête du Syndicat, a été acquitté : sur les trois faits à lui reprochés, deux sont prescrits, le troisième reste donc seul et, dit le jugement, un seul fait ne constitue pas l'exercice illégal de la médecine, qui est caractérisé, d'après la loi, par l'habitude de donner des soins.

Me Mercier, avocat-conseil, proteste contre cette manière du magistrat d'interpréter la loi, les faits prescrits restant comme preuve de l'habitude qu'a le rebouteur de faire de la médecine. Il regrette qu'on ne lui soumette pas toujours les actions que le Syndicat porte devant la justice. Il y va de l'intérêt et de la dignité du Syndicat qui l'a choisi comme avocat-conseil. L'assemblée approuve cette observation et en prend bonne note.

Au sujet de l'affaire Bouchet et Guillon de Saint-Loup, le retrait de la plainte du pharmacien n'a pu être obtenu : ces confrères ont été condamnés pour exercice illégal de la pharmacie à 1,500 francs chacun de dommages-intérêts envers le pharmacien, lequel fut également condamné pour exercice illégal de la médecine à 50 francs d'amende seulement, et à un franc de dommages-intérêts demandé par la partie civile : le Dr Guillon. Le Dr Bouchet va en appel ; le pharmacien aussi.

A propos de la demande du Syndicat au Conseil général de partager les 25.000 francs votés par celui-ci au prorata des visites faites, des consultations données et des kilomètres parcourus par chaque médecin, la première commission du Conseil général, sans nier le caractère équitable de ces bases de partage, n'a pu s'empêcher, dit le rapporteur, de remarquer les difficultés pratiques d'application et de contrôle de ce mode de nouveau ; elle croit que le mode actuel n'est pas depuis si longtemps appliqué pour qu'on puisse apprécier suffisamment ses inconvénients et ses avantages, et, sans se refuser à de nouveaux examens de cette question, propose d'en ajourner présentement la solution. Ces conclusions sont adoptées par le Conseil général.

Nous serons obligés de revenir à la charge.

Quant au nouveau tarif des opérations de l'assistance médicale gratuite, pouvant servir de base pour les accidents du travail, il est soumis à la Commission départementale, qui, dans sa réunion du 7 octobre, a chargé M. le Dr Pellevoisin, conseiller général, de lui soumettre un rapport à ce sujet lors de sa prochaine réunion qui aura lieu le 30 novembre, et où elle doit examiner et, le cas échéant, approuver ledit tarif.

Le Président fait remarquer que le corps médical n'est représenté à l'assemblée départementale que par deux médecins qui ne font pas partie de notre Syndicat.

Dans certains départements, comme dans la Charente-Inférieure, où les médecins sont en nombre, où le Directeur de l'assistance médicale à la Préfecture est un médecin, ils peuvent arriver à imposer au Conseil général un tarif rémunérateur. Nous ne devons pas nous désintéresser de la chose publique, notre intérêt y est engagé : L'exemple à suivre nous est donné ; à nous d'en faire notre profit.

Le Président donne lecture de la lettre qu'il a adressée sous pli recommandé aux Présidents des Commissions administratives des hôpitaux, relativement au paiement, aux médecins de ces hôpitaux, de leurs honoraires par les malades payants, les patrons, les Compagnies d'assurances ou les Compagnies de Chemins de fer responsables : Les termes de cette lettre sont approu-

vés par l'assemblée qui décide son annexion au procès-verbal de cette réunion.

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES.

Monsieur

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance la décision prise par le *Syndicat médical des Deux-Sèvres*, dans sa séance du 16 avril dernier, décision adoptée déjà par le Congrès de déontologie médicale, réuni à Paris au mois de Juillet.

« Les médecins des hôpitaux et hospices doivent « réclamer aux malades payants, aux patrons, aux « Compagnies d'assurances contre les accidents, aux « Compagnies de chemins de fer, etc., responsables « les honoraires qui leur sont dus pour les opéra- « tions pratiquées, visites faites, soins donnés et « certificats délivrés aux malades et sinistrés venus « ou envoyés dans ces établissements hospitaliers « pour s'y faire soigner. »

En effet, les hôpitaux ont été créés uniquement, pour les indigents. L'esprit comme la lettre de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, et de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, ne permettent pas de mettre en doute cette disposition. Les médecins des hôpitaux et hospices ne reçoivent donc de ces établissements une rétribution bien minime, en général, que pour soigner les indigents reçus gratuitement et eux seuls.

Mais il est de toute équité que les malades payants, auxquels la faveur est accordée de venir recevoir les soins nécessités par leurs accidents et maladies dans ces établissements, au détriment parfois des pauvres dont ils occupent les lits pendant de longs jours, soient tenus à payer leurs honoraires aux médecins pour leur soins, visites et opérations. Les malades payants, les patrons et les Compagnies responsables auraient payé leurs honoraires aux médecins, si l'ouvrier blessé ou le malade avait été soigné chez lui ; l'admission du patient dans un hôpital, par suite d'une tolérance administrative, ne les libère pas de cette obligation envers les médecins ; et, au tarif des journées de maladie, comprenant le paiement du lit, de l'alimentation, des gardes malades, de l'emploi des instruments et appareils appartenant à l'hôpital, doivent s'ajouter pour les catégories des malades payants les honoraires du médecin traitant,

J'ajouterai que la Commission des hospices de Laval a déjà pris un arrêté dans ce sens et que les médecins de Bordeaux ont déjà fait semblable réclamation.

Bien plus, cette conclusion (rétribution aux médecins par les malades payants hospitalisés) a déjà reçu, d'après la déclaration du docteur Lande, président de *l'Union des Syndicats médicaux de France*, l'approbation du garde des sceaux et même la sanction de la jurisprudence.

Parmi les jugements rendus dans ce sens et qui ont condamné les malades payants, les patrons ou les Compagnies responsables à solder aux médecins des hôpitaux les mêmes honoraires qui leur auraient été donnés pour les soins, visites, opérations et certificats, si les malades avaient été soignés chez eux, je citerai seulement :

Jugement du Tribunal de paix de Lillebonne (Seine-Inférieure), 22 avril 1901. In *Semaine médicale*, du 19 juin 1901, n° 24 et *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux*, n° 15, du 5 août 1901, p. 291.

Tribunal de paix de Noyon (Oise), 10 juin 1898.

Tribunal civil de Murat (Tarn), du 20 juin 1897 et Tribunal de paix de Cerizay (Deux-Sèvres), 27 mars 1900. In *Mon. des justices de paix* 1900, p. 315 et *Concours médical*, du 18 mai 1901, p. 229.

Tribunal de paix du Havre, 21 novembre 1899. In *Gazette du palais*, 190-1-190 et *Concours médical* du 18 mai 1901, p. 226.

Tribunal de paix de Versailles, 31 août 1900. In *Le Greffier* 1900, pages 143 et *Concours médical* du 18 mai 1901, p. 226.

Le *Syndicat médical* est convaincu qu'une entente à ce sujet s'établira facilement entre la Commision administrative des hôpitaux et hospices dont vous êtes le président et les médecins de ces établissements.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considérations la plus distinguée.

Le Président,
Dr J. CHARIER.

A ce sujet, le Dr Audouin, de Thouars, appelé d'urgence dernièrement à l'hôpital de cette ville, dont il n'est pas le médecin, à donner ses soins à un sinistré des Chemins de fer de l'Etat, a vu sa note d'honoraires refusée par cette administration. Le Président a pris en main cette affaire : il a écrit au médecin en chef des Chemins de fer de l'Etat, pour réclamer le paiement des honoraires du Dr Audouin. La réponse ne lui est pas parvenue encore. L'assemblée approuve la démarche du Président et décide de soutenir jusqu'au bout le confrère dans ses revendications (1).

Le Dr Blanchet, de Pamproux, médecin de la Société de secours mutuels de cette ville depuis 1880, s'est vu, depuis deux ans, refuser le paiement de ses honoraires. Il en a informé le Président, qui lui a conseillé de poursuivre ladite Société et de donner sa démission de médecin de cette Société. Pour des raisons particulières, le Dr Blanchet ne veut pas donner sa démission, mais a fait assigner le Président de la Société de secours mutuels. L'assemblée approuve la conduite du Président du Syndicat et est d'avis, sur sa proposition, d'informer le Président de ladite Société que c'est avec son approbation et son appui que le Dr Blanchet a engagé des poursuites contre lui, et qu'il sera toujours soutenu par elle.

Le Dr Charier informe le Syndicat qu'à propos de la loi sur l'exercice de la pharmacie, il a l'intention d'écrire à tous les députés et sénateurs du département pour appeler leur bienveillante attention sur le texte des amendements adoptés par le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats de France, et présenté par le Dr Dubuisson, député, et plusieurs de ses collègues, les prier de défendre les intérêts du corps médical et d'appuyer par leurs votes ses justes revendications. (*Approuvé.*)

L'absence du Dr Landry et du Dr Corbin fait remettre à la prochaine reunion la question des Compagnies d'assurances contre les accidents et le projet de création d'une Société médicale.

Le Dr Brefeil a déposé une plainte, pour exercice illégal de la médecine, contre un bandagiste qui fait, sur ses affiches, précéder son nom de Docteur. Le Président lui fait observer qu'il aurait dû l'informer de ce fait, pour qu'il agisse au nom du Syndicat, manière d'agir préférable et qui doit à l'habitude servir de règle de conduite en pareille circonstance. Le Dr Brefeil va réunir des faits et des témoins ; il tiendra au courant de l'affaire le Président du Syndicat, qui agira au mieux de nos intérêts, d'après les conseils de notre avocat.

La Commission chargée d'élaborer un tarif à imposer aux Sociétés de secours mutuels, n'a pas répondu à sa convocation. Le Dr Marion est chargé de prendre auprès de tous les confrères du département, médecins de Sociétés de secours mutuels, les renseignements nécessaires à un

(1) Le docteur Audouin a obtenu satisfaction depuis.

rapport qu'il présentera à la prochaine réunion.
Le Conseil municipal de Bressuire, mis en demeure par le Préfet, à la suite d'une lettre du Président, d'assurer l'application de la loi de l'assistance médicale gratuite, a répondu jusqu'à cette heure par une fin de non recevoir. Le Président a déjà fait une démarche personnelle près du maire de Bressuire qui ne semble amener aucun résultat. Cela tient, il faut l'avouer, au défaut d'entente entre les médecins de cette ville, où l'*invidia medicorum* n'a malheureusement pas disparu. Le Sous-Préfet de Bressuire a eu occasion d'en parler au Président et semble vouloir exiger une solution du Conseil municipal. Le cas échéant, le Président agira encore auprès du Préfet.

L'ordre du jour étant épuisé, le Président lève la séance.

Le Président, Dr J. Charier. *Le Secrétaire*, Dr Audouin.

Syndicat médical de Libourne

Séance du 15 avril 1902

Vingt-deux membres présents.
Présidence du Dr Petit, président.

Le Secrétaire expose que diverses communes, voulant profiter de l'autorisation qu'une récente circulaire préfectorale leur donne (sauf ratification par le Conseil Général), de faire soigner les indigents à l'abonnement, c'est-à-dire à un prix fixé d'avance de tant par tête et par an, ont écrit à divers médecins de Libourne pour offrir ce service ; il importe que le Syndicat prenne une décision ferme à ce sujet.

Les Drs Petit, président, et Duffau, de Libourne, rappellent que déjà le Syndicat s'est prononcé l'année dernière et en d'autres circonstances pour le maintien du statu quo, c'est-à-dire pour le service à la visite, ce système étant seul de nature à sauvegarder les intérêts du malade indigent auquel la loi de 1892 assure le choix de son médecin et de sauvegarder également les intérêts du corps médical et la dignité professionnelle.

D'autres membres expriment aussi l'avis que ce serait faire un pas en arrière dans la voie des améliorations de la profession médicale d'admettre le service à l'abonnement, alors que partout et plus particulièrement à Libourne, le Syndicat a toujours combattu pour que le service à la visite devienne de plus en plus la loi générale.

En conséquence, le Syndicat, à l'unanimité des membres présents, vote l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat médical de Libourne, après délibération, en réponse aux offres de diverses municipalités, confirme ses décisions antérieures relatives au tarif de l'Assistance médicale gratuite et demande le maintien du tarif à la visite, comme il a été appliqué jusqu'à ce jour.

« En outre, le syndicat interdit à ses membres de traiter avec les communes demanderesses, sans avoir l'autorisation de l'Assemblée générale du Syndicat.

« De plus, le Syndicat invite les confrères qui auraient pris des engagements à ce sujet à les *rompre immédiatement*.

« La présente décision sera portée à la connaissance de tous les médecins de l'arrondissement de Libourne. »

Relativement à l'application de la loi sur les accidents du travail, certains confrères dénoncent les abus de certains patrons ou agents, qui désignent à leurs ouvriers tels ou tels médecins.

Le Syndicat, pour couper court à ces actes de pression, vote l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat invite les chefs d'administration, « d'ateliers, d'usines, de chantiers, à afficher « dans leurs divers établissements que, confor- « mément à la liberté que leur donne la loi de « 1898, les ouvriers victimes d'accidents du tra- « vail *ont le droit* de choisir leur médecin.

Le Syndicat invite en outre les agents d'as- « surances-accidents à ne pas exercer de pres- « sion sur les assurés, patrons et ouvriers en fa- « veur de tel ou tel médecin.

« Les agents d'assurances seront informés, « par circulaire, de la délibération du Syndicat. »

Le Secrétaire, Dr A. Duglion.

Syndicat médical de la Vallée du Rhône

Extrait du procès-verbal de la réunion du 10 juin 1902 à Saint-Rambert.

Présidence du Dr Barbier.

Pour les admissions de nouveaux membres. les parrains devront prévenir le sécrétaire trésorier des candidatures qu'ils ont l'intention de présenter à la réunion suivante. Les noms des candidats proposés seront portés sur les convocations à la réunion générale. Les membres du syndicat pourront ainsi venir présenter ou écrire au secrétaire les observations qu'ils pourraient avoir à produire.

Le syndicat, décidé à poursuivre énergiquement la répression de l'exercice illégal, invite tous les confrères à réunir le plus possible de cas d'exercice illégal. Ils feront faire par les victimes des déclarations sur papier timbré avec légalisation, mentionnant les noms des témoins, la nature des soins donnés et la rémunération. Ces déclarations seront réunies par le secrétaire et en présence d'un accident bien net les poursuites seront énergiquement exercées.

A la prochaine réunion générale, on arrêtera les termes d'une circulaire à adresser à tous les pharmaciens et à toutes les sages-femmes de la région, leur annonçant que le syndicat est décidé à poursuivre énergiquement tous les cas notoires d'exercice de la médecine par empiètement en dehors de l'exercice de leur profession.

Plusieurs membres du syndicat faisant partie du « Sou médical » on lui demandera son appui moral et ses conseils.

Le syndicat fera adresser à ses frais un exemplaire des Conférences de déontologie de Le Gendre et Lepage à chacun de ses membres.

Le secrétaire, autorisé à acheter un autocopiste, adressera à tous les membres du Syndicat un compte rendu sommaire de cette réunion en indiquant les nouvelles formalités d'admission, la nécessité de recueillir des preuves d'exercice illégal et la préparation du texte de la circulaire aux sages-femmes ou pharmaciens.

La prochaine réunion aura lieu en novembre 1902, à Saint-Rambert-d'Albon.

Le Péage, ce 25 juin 1902.

Le secrétaire-trésorier,
Dr Fayard.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinction honorifique. — Nous adressons nos félicitations à M. le docteur PANNÉ, de Nevers, membre du « Concours » et de ses œuvres et président du Syndicat Nivernais, qui vient d'être nommé officier d'Académie.

Le IIe Congrès de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique. Comptes rendus publiés par MM. les Drs Bérillon et Paul Farez Vigot, éditeur, place de l'École-de-Médecine, prix 10 fr. Les comptes rendus du 2e Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique viennent de paraître sous forme d'un important volume orné de 58 figures. Ce congrès, ouvert sous la présidence du professeur Raymond et du Dr Jules Voisin, a été tout à fait remarquable par la valeur et la variété des travaux qui y ont été communiqués. L'hypnotisme y a été étudié à tous les points de vue.

Parmi les rapports généraux, nous devons citer : *Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie et à l'orthopédie mentale* par le Dr Bérillon.

Le volume des comptes rendus du Congrès de l'hypnotisme auquel ont collaboré les hommes les plus compétents sur la question de l'hypnotisme sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la psychologie scientifique.

Enseignement médical libre à Paris. Cours de vacances. — Du lundi 6 au samedi 25 octobre, des cours elémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Liste des Cours. — Ophtalmologie : Dr Rochon-Duvignaud ; Maladies de l'estomac : Dr Soupault ; Oto-rhino-laryngologie : Drs Laurens et Boulay ; Maladie des voies urinaires : Dr Nogués ; Massage : Dr Marchais ; Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique : Dr Leredde ; Gynécologie : Dr Jayle ; Electrothérapie : Dr Zimmern ; Chirurgie pratique : Dr Souligoux ; Art de Formuler : Dr Joanin ; Maladies mentales : Dr A. Marie.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacun est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations sera envoyé sur demande.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr MARCHAIS, 10, rue La Bruyère, Paris, 9e.

Association de la Presse médicale. Secrétariat général : 93 boul. St-Germain, VI, Paris. Réunion statutaire du vendredi 4 juillet 1902. — Le vendredi 4 juillet 1902, a eu lieu, à Paris, la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence M. Lucas-Championnière, syndic. — Dix-neuf membres y assistaient.

ELECTIONS. — M. le Pr Richet représentera désormais à l'Association la *Bibliographia medica.* — M. le Dr H. Meige a été nommé membre titulaire, comme rédacteur en chef de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*

CANDIDATURE. — M. le Dr P. Archambaud a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Henri Gourichon, rédacteur en chef du *Bulletin de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris.*

TRANSPORT DES JOURNAUX A L'ETRANGER. — Le texte des vœux émis par la Commission spéciale de l'Association sur la *taxe postale* sera intercalé dans le rapport qui sera présenté sur ce sujet au Congrès de Berne.

CONGRÈS INTERNATIONAUX DE 1902. — *Comités français.* — Le Secrétaire général met l'Association au courant du rôle joué par son Bureau à propos de la propagande déjà faite pour ces Congrès.

Le secrétaire général, Marcel BAUDOUIN.

Faculté et hôpitaux

Il sera fait du 1er août au 31 octobre au laboratoire du Professeur Cornil une série de conférences et de démonstrations pratiques d'histologie pathologique. Pendant le mois d'août, cours les mardis, jeudis et samedis à 1 heure 1/2, sur le cœur, les vaisseaux, les reins.

Septembre : M. Marie (René), lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2.

Octobre : MM. Millian, Brault, Letulle, les lundis, mercredis et vendredi à 1 h. 1/2.

M. Mauclaire, agrégé, fera pendant les vacances, à la clinique chirurgicale de Necker, un cours de clinique chirurgicale. Ce cours commencera le mardi 29 juillet à 9 h. 1/2 et se continuera les vendredis et mardis suivants.

Pendant la période de vacances, à la clinique des Enfants-Malades du Professeur Grancher, des conférences de clinique infantile seront faites par MM. Méry, Avirагnet, P. Boulloche, médecins des hôpitaux ; les cours se feront du 16 août au 12 octobre.

A l'hôpital Broca, dans la clinique gynécologique de M. Pozzi, aura lieu un cours théorique et pratique de gynécologie ; le cours sera fait par M. Beausserat, du 28 juillet à 2 h. et se continuera les lundis, mercredis et vendredis ; il sera complet en 18 leçons.

A la même clinique, à partir du 5 septembre, à 2 h., sera fait un cours d'anatomie gynécologique par M. Berdin. Il se continuera les lundis et mercredis, et sera complet en 12 leçons. Un cours d'électrothérapie, fait sous la direction de M. Zimmern, fera suite au précédent et aura lieu à partir du vendredi 30 octobre à 2 h.

La bibliothèque de la Faculté sera ouverte les 25 et 26 juillet de midi à 4 h.

Elle sera fermée du 27 juillet au 31 août. Elle sera ouverte du 1er septembre au 20 octobre, les mardis, jeudis et samedis de midi à 4 heures.

La rentrée complète se fera le 20 octobre.

Souscription pour les victimes médicales de la Martinique.

8e liste.

MM. les docteurs :

Garavel, de Montreuil	5 fr.
Médail, de Bessé-sur-Braye	2 fr.
Syndicat médical de la région de Cognac	50 fr.
Syndicat des médecins du Havre	100 fr.
Tchudnowski, d'Amé	5 fr.
Total	162 fr.
Report des listes antérieures	1284 fr.
Total général	1446 fr.

ERRATUM.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro le décès de M. le docteur Eyriès, de Marseille ; c'est M. le docteur Eyriès, de Cadenet (Vaucluse), qu'il faut lire.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 31 2 AOUT 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur la santé publique.

On paraît, décidément, vouloir, en haut lieu, mettre en vigueur la loi sur la santé publique pour l'époque prévue dans cette loi même, c'est-à-dire le 15 février 1903.

Sans doute, les règlements d'administration publique nécessités par l'application de la loi ne sont pas encore prêts et ne le seront pas encore d'ici quelques mois, mais une circulaire du ministre de l'Intérieur invite les préfets à soumettre un certain nombre de points aux Conseils d'hygiène et à demander aux Conseils généraux, dès la session d'août, les crédits nécessaires.

Et, c'est ici que les médecins doivent ouvrir l'œil.

La circulaire ministérielle ne paraît réclamer d'eux aucun service gratuit : on prévoit des indemnités pour les médecins des épidémies, des jetons de présence pour les membres des conseils d'hygiène et des commissions sanitaires, des frais de déplacement lorsqu'il y aura lieu d'aller faire des constatations sur place, etc.... On prévoit encore des frais pour le service spécial de la vaccine, pour celui de la désinfection.

Mais, tous ces crédits doivent être votés par les conseils généraux, et ceux-ci peuvent bien se faire tirer l'oreille.

C'est contre les mauvais vouloirs possibles — on sait que certains n'ont pas encore trouvé des fonds pour la protection des enfants du premier âge, qui date de vingt-quatre ans, ni pour l'assistance médicale gratuite, qui est pourtant obligatoire — c'est contre ces mauvais vouloirs que doivent agir, dès maintenant, nos confrères. Beaucoup sont conseillers généraux, tous connaissent intimement des conseillers généraux — qu'ils se mettent en campagne et fassent en sorte que la session d'août ne se passe pas sans que des crédits aient été votés.

On dira, peut-être, qu'en l'absence du règlement d'administration publique fixant les détails du fonctionnement de la loi, il est difficile de fixer des crédits d'une manière précise ; on peut toujours prévoir approximativement les dépenses.

Pour la vaccine, par exemple, il est à peu près sûr que. chacun étant libre de se faire vacciner par son médecin, il y aura des séances de vaccinations dans les mairies ou les écoles pour ceux qui ne se feraient pas vacciner de leur propre initiative ou reculeraient devant la dépense : Eh bien ! il est possible de prévoir des vacations, des indemnités de déplacement, etc. etc.

Les travaux antérieurs des syndicats seront de grande utilité, il suffira de les consulter.

Mais, que chacun s'occupe de la question immédiatement et s'abouche avec son conseiller général, pour lui montrer l'importance de la loi et la nécessité du vote des crédits qui seront demandés.

Si nous laissons passer l'occasion, nous en serons réduits à récriminer après coup et nous savons, par expérience malheureusement, que cela ne nous avancera guère.

A. G.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'adrénaline.

L'adrénaline est un nouveau médicament qui paraît destiné à rendre de bien grands services à la thérapeutique des congestions et des hémorragies et appelé à remplacer avec avantage l'ergot de seigle et ses dérivés.

MM. Lermoyez (*Presse médicale*), Paul Lemaire (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*), Debrand (*Tribune médicale*) ont décrit très en détail les effets et les caractères de cette remarquable substance ; nous empruntons quelques passages de leurs descriptions :

L'adrénaline « qui a la propriété de suspendre momentanément la circulation dans les régions qu'elle touche directement, sans les altérer » est un corps que le Dr Takamine (de New-York) parvint à isoler en 1901 des capsules surrénales ; c'est une substance cristalline, assez soluble dans l'eau. Sans insister sur sa formule et sa préparation, disons qu'elle se présente dans le commerce sous deux formes : 1° en tablettes ou pastilles de tartrate d'adrénaline ; 2° en solution à 1 p. mille.

Les tablettes de tartrate d'adrénaline sont déliquescentes ; au moment du besoin, on les dissout dans une quantité suffisante de sérum physiologique pour en faire des solutions à 1/1000 ou plus diluées : 1/3000, 1/5000, 1/10.000 ou 1/50.000.

La solution de chlorhydrate d'adrénaline est à 1/1000 et se formule ainsi :

Chlorhydrate d'adrénaline.......	1 partie
Solution physiologique de sel marin..........................	1.000 parties
Chlorétone........................	0,5 0/0

Le chlorétone, qui est un composé résultant de l'action de la potasse sur un mélange à parties égales de chloroforme et d'acétone, donne à la solution un léger pouvoir antiseptique et anesthésique.

Mode d'emploi. — A l'extérieur, moyennant un pulvérisateur, à la dose de 1/10.000 et 1/1000. A l'intérieur, à la dose de 0,5 à 5 c.c. Diluer dans de l'eau fraîchement bouillie ou dans une solution normale de chlorure de sodium.

L'activité de l'adrénaline est très puissante : une portion d'une goutte de sa solution aqueuse ou de celle d'un de ses sels à 1 pour 50.000 suffirait, d'après Takamine, pour blanchir la conjonctive en une minute. D'après le même auteur, l'adrénaline serait mille fois plus active que les glandes surrénales ; en injection intra-veineuse, elle exerce une action très puissante sur le système musculaire, en particulier sur les parois musculaires des vaisseaux, ce qui a pour résultat une augmentation énorme de la pression sanguine. Astringent, hémostatique très puissant, stimulant du cœur, ce remède n'est ni irritant, ni toxique, ni pourvu d'action cumulative (Takamine).

En injections sous cutanées et surtout en injections intra-péritonéales, l'adrénaline peut déterminer chez les animaux de la glycosurie ; à dose mortelle, on constate des lésions destructives de certains organes et en particulier du pancréas (Herter et Richard, de New-York.)

FEUILLETON

Ligue scolaire des médecins et des pères de familles

Les Enfants martyrs (1).

Rassurez-vous, mes chers collègues, ce n'est pas d'un de ces tragiques faits-divers, dont les journaux nous offrent de temps à autre le sombre récit, que je viens vous entretenir aujourd'hui.

Ce sont là des faits heureusement exceptionnels et qui relèvent plutôt du juge d'instruction que de l'hygiéniste ou du philanthrope.

Les victimes, que je veux vous signaler sont malheureusement beaucoup moins rares, et cependant on ne songe guère à les plaindre ; vous les coudoyez journellement dans la rue, chez vos amis, à votre propre foyer. Ces enfants martyrs ne sont autres que les petits Français, toute cette sève bouillonnante d'où doit sortir la *Race*, et que le peuple qui se prétend le plus spirituel du monde s'obstine à emprisonner, à comprimer dans ce monde uniforme, suranné, rouillé, qu'on appelle l'éducation française.

Semblables aux fées qui présidaient jadis à la naissance des princesses, le *préjugé scolaire* et le *préjugé administratif*, ces deux tueurs d'énergie et d'initiative — accompagnés, hélas, de beaucoup d'autres, s'abattent sur notre berceau pour nous combler de leurs dons. « Tu apprendras le latin », dit le premier, « Tu seras fonctionnaire », proclame le deuxième ; le troisième, enfin, au milieu de l'enthousiasme de la famille assemblée, prédit à cet espoir de l'Enregistrement « qu'il épousera une grosse dot »....

Tu Marcellus eris !

C'en est fait ! voilà un gaillard qui n'a qu'à se laisser vivre : son existence est assurée, prévue, réglée.

Qui donc parle de lutte pour la vie ?

Par malheur, la méchante fée, celle qu'on oublie volontiers d'inviter à la fête, s'avance à son tour en ricanant : « Je n'ai pas le pouvoir de t'enlever les dons que t'ont fait mes sœurs ; oui, tu épouseras une femme riche, oui tu seras fonctionnaire ; mais ces biens précieux tu ne les obtiendras qu'avec mon assentiment, en me sacrifiant ta jeunesse et ta santé : *Je suis la Fée Baccalauréat* !

Les parents haussent les épaules en souriant, sans se douter que l'horrible mégère ne pouvait inventer de pire vengeance.

Ces bons parents !

Qui ne se rappelle les pages exquises — et si poignantes — où le « *Petit chose* » retrace les sombres années de son enfance, et le « *Jacques, tu es un âne* » qui, tout le long du jour tombait, à intervalles réguliers, sur la tête sanglotante et tuméfiée de son malheureux frère ?

Ce souvenir me remontait l'autre jour à la mémoire, alors que j'étais allé serrer la main à de bons amis. Je les trouvai soucieux, préoccupés ; eux d'ordinaire si expansifs, si confiants envers moi, semblaient gênés de ma présence.

« — Qu'y a-t-il, interrogeai-je ; avez-vous donc quelque sujet de tristesse que vous ne puissiez partager avec un vieil ami comme moi ? Votre fillette est-elle souffrante ? »

« — Oh ! nullement, Dieu merci ! nous en sommes très contents, *elle travaille très bien* ; elle est gaie, bien portante, c'est la joie de la maison ».

(1) Communication à la Société d'Hygiène de l'Enfance.

L'action rapide, qu'elle exerce sur la respiration, les échanges nutritifs, la température du corps et sur les vaisseaux, montre les indications de l'emploi de l'adrénaline dans les empoisonnements par l'opium et la morphine, dans les troubles circulatoires et pour combattre le collapsus survenant après l'anesthésie.

Dans les affections de l'œil, en particulier, l'adrénaline produit une ischémie immédiate de la conjonctive, qui devient toute blanche à son contact ; elle ne produit ni mydriase, ni myosis ; son pouvoir hémostatique enfin est une indication de son emploi dans les hémorragies intra-oculaires et dans la pratique des opérations oculaires.

Voici, d'ailleurs, d'après M. Debrand, ses principaux effets thérapeutiques :

Maladies d'Addison. — Soulagement remarquable.

Opérations sans perte de sang. — Dans le traitement chirurgical des maladies des yeux, de l'oreille, du nez, de la gorge, etc., elle permet d'opérer sans hémorragie.

Syncope par le chloroforme. — L'injecter de préférence dans une veine, en cas de défaillance du cœur.

Catarrhe nasal. — Elle produit un dégonflement presque immédiat des cornets et arrête l'hypersécrétion nasale.

Chirurgie dentaire. — Elle arrête l'hémorragie après l'extraction des dents ou pendant les opérations buccales.

Maladies de l'oreille. — Rend de précieux services en cas de catarrhe aigu des cellules mastoïdiennes.

Maladies de la gorge. — En application locale dans les différents cas d'amygdalites et de pharyngites, elle ne produit pas seulement un soulagement immédiat, mais elle aide à la guérison complète. Dans l'amygdalotomie, il est bon de l'employer avant et après l'opération.

Maladies des yeux. — Excellente contre conjonctivite, kératite, iritis, dacryocystite aiguë, opérations sur les voies lacrymales, ténotomies, cataractes, névrite optique, sclérotite, pannus, etc.

Epistaxis. — Son action vaso-constrictive trouve une application merveilleuse dans les opérations sur les muqueuses. En cas d'occlusions nasales, son application à l'aide d'un pulvérisateur rend d'excellents services.

Fièvre des foins. — Elle constitue, dans ce cas, un remède héroïque.

Maladies du cœur. — Stimulant du cœur. Indiquée surtout dans l'insuffisance mitrale et contre le rétrécissement, si le pouls est faible, rapide ou irrégulier. Dans la myocardite, elle agit comme tonique cardiaque. Son usage facilite beaucoup le diagnostic des maladies du cœur en rendant plus distincts les bruits morbides.

Hématémèses. — *Hématuries.* — *Hémoptysie.* — Excellents résultats.

Métrorragies. — Prise intérieurement en cas d'hémorragies utérines, elle est le meilleur des hémostatiques connus.

Hémorragies après l'accouchement. — Très efficace, en ce sens qu'elle produit les contractions de l'utérus.

Cancer utérin avec métrorragies. — L'emploi de l'adrénaline à l'intérieur et sous forme de tampons ou d'ovules gélatineux paraît tout indiqué pour combattre les graves pertes de sang.

Puis, de nouveau, un silence contraint nous enveloppe de son manteau de plomb..

Dans un coin de la pièce, un grand garçon d'une douzaine d'années — mais qui en paraît bien seize — s'absorbe dans la contemplation d'un livre de géométrie, de l'air résigné d'un chien battu.

Comme un éclair, le « Jacques tu es un âne » me sillonne l'esprit.

« — Et toi, Charles, lui dis-je, tu travailles bien aussi, j'imagine ? »

Mine consternée des parents, qui échangent un rapide coup d'œil.

J'avais mis le doigt sur la plaie.

« — Eh bien, docteur, me dit la maman, puisqu'on ne peut rien cacher à votre affectueuse sollicitude, je dois vous avouer que c'est ce grand garçon qui cause tout notre tourment. Figurez-vous que ce vilain enfant ne fait plus rien au lycée ; continuellement il se fait punir ; il ne passe pas de dimanche ou de jeudi depuis quelques semaines sans se faire « coller ».

« — Vous comprenez, reprend le grand'père en roulant des yeux de mystère, que vous êtes le seul à qui nous puissions faire de pareilles confidences : c'est trop pénible pour des parents. A tous ceux qui nous parlent de Charles, nous répondons « qu'il est souffrant ».

« — Eh ! Eh! hasardai-je, vous pourriez bien dire la vérité, sans vous en douter ! »

« — Lui ? mais voyez-donc comme il est bâti ! il est plus grand que père et mère ! il mange comme quatre et dort à poings fermés. On est obligé de le tirer de son lit tous les matins. Ah ! gémit le pauvre homme, c'est un enfant qui a déjà donné bien du tourment à ses parents ; on n'en fera jamais rien ! Jamais il n'arrivera à passer ses examens. Nous avons été, à notre grand regret, obligés de lui « faire abandonner le latin », et maintenant, s'il continue, me disait hier un de ses professeurs, il ne *pourra pas même passer son baccalauréat moderne* !

— « Que peut faire, aujourd'hui, un jeune homme qui n'a pas son baccalauréat? Je vous le demande !....

« Quand je songe que le fils de notre menuisier est déjà bachelier, et qu'il prépare les examens de la licence en droit ! En voilà un, qui fera honneur à ses parents ! »

Dieu me pardonne l'irrésistible envie de rire qui, maintenant encore, me chatouille les méninges au souvenir du brave cher homme prononçant ce mot magique « le bac-ca-lau-réat ». Des larmes trempaient sa voix ! Il fallait voir de quel air navré l'infortuné grand-père évoquait le spectre déshonorant d'un « retoquage »!

L'abomination de la désolation ! !

Quant au pauvre Charles, à qui cette diatribe n'était que trop familière, il continuait de fixer d'un œil vitreux l'attrayante description du « lieu géométrique », mais sa pensée était ailleurs ; elle glissait silencieuse et morne le long des interminables cloîtres du lycée-prison.

Quel immense découragement se peignait sur ses traits et dans tout son être affaissé ! Des rides qui barraient son front, des lèvres crispées par les sanglots, des paupières gonflées de larmes ; de tout son pauvre moi détendu émanait, jaillissait l'implacable sentence : « — Charles, tu es un âne ! »

« — Mais enfin, dis-je, cet enfant n'est pas inintelligent ? »

« — Pas le moins du monde ; ses professeurs s'accordent à dire que les moyens ne lui font pas défaut, mais ils se plaignent de ne pouvoir fixer son attention que pendant très peu de temps ; *c'est un élève léger et paresseux* ; tous ses bulletins le disent. Ah ! s'il ne s'agissait que de dessiner ! ça irait tout seul

Il est bon toutefois d'ajouter : qu'à moins d'urgence absolue, il ne semble pas qu'il faille débuter par une forte dose, à cause de la possibilité de légers accidents toxiques. Cette conclusion, toutefois, n'est pas sans appel, car l'expérience est encore trop récente.

Le temps jugera la valeur de cette nouvelle substance, si remarquablement puissante : espérons qu'il lui sera plus favorable qu'à un autre mode de traitement préconisé par M. Lanceraux et M. Carnot, nous voulons parler des injections de sérum gélatinisé comme hémostatique et anti anévrysmal. Actuellement sa vogue baisse.

Action tétanigène du sérum gélatinisé.

Deux ou trois cas de mort par tétanos à la suite d'injections de sérum gélatinisé viennent d'être publiés dans ces derniers temps (Bruchet, Fabre et Ducor). Le sérum gélatinisé, c'est-à-dire la solution stérilisée de sérum salé 5 à 7 pour 1000, additionnée de gélatine dans la proportion de 2,50 à 5, n'est donc pas inoffensif et son efficacité très réelle contre les hémorragies et les anévrysmes est malheureusement contrebalancée pas un très grave danger : la menace du tétanos, dont les germes ou poisons se trouvent souvent dans la gélatine.

Qui incriminer ? Le médecin opérateur, qui a manqué d'asepsie, ou le pharmacien préparateur, qui a commis une négligence dans la stérilisation, ou le fabricant de gélatine qui emploie des os et cornes avariés provenant d'animaux malades : problème insoluble. En réalité, il faut conclure que mieux vaut, quant à présent, s'abstenir d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses de gélatine, tant qu'on n'aura pas sous la main un produit contrôlé et scientifiquement stérilisé par un procédé étudié à l'Institut Pasteur, le seul établissement capable de préparer un sérum stérile dans de bonnes conditions. Du moins, on ne peut exiger une telle rigueur que de ce laboratoire.

Les injections de paraffine dans les cas de déformation du nez.

M. le Dr *J. Baratoux* a publié dans le *Progrès Médical*, une très intéressante étude sur les remarquables résultats que donnent les injections sous-cutanées de vaseline et de paraffine, par le procédé *Gersuny*, de Vienne, dans la prothèse des déformations du nez, de la voûte palatine, du maxillaire, etc.

A la suite de nombreuses et patientes recherches, cet auteur est arrivé à la conclusion que la paraffine pure est bien supérieure au mélange de vaseline et de paraffine comme résultat définitif.

Voici comment il procède pour le nez : On doit choisir une paraffine homogène, de consistance solide, onctueuse et de texture cristalline ; il faut éviter tout produit qui a une apparence blanc mat. Dans le commerce, on trouve des paraffines dont le degré de fusion varie de 50° à 60° environ. Eckstein se sert d'une paraffine fondant vers 60°. M. Baratoux emploie une paraffine dont le point de fusion est de 57°5 pour le nez externe et de 52°5 pour les fosses nasales.

Avant tout, il faut stériliser cette préparation en la chauffant jusqu'à son point d'ébullition,

---

Il y passe des heures à ses dessins, sans jamais se lasser. Aussitôt qu'il a une minute de liberté, en avant le crayon ou la plume ! Voilà notre Charles absorbé dans son travail au point d'en oublier les heures des repas.... et Dieu sait pourtant, s'il y fait honneur aux repas.

« Mais à quoi cela le mènera-t-il le dessin ? Ce n'est pas cela qui lui fera passer ses examens ! »

Et les litanies en l'honneur de la fée baccalauréat de reprendre de plus belle.

« — Voyons, voyons, fis-je, je suis persuadé que Charles n'est pas si paresseux que vous croyez, et qu'au fond de tout cela, il y a un malentendu regrettable que, dans votre intérêt à tous, il importe de dissiper. Voulez-vous me permettre d'examiner l'enfant et de vous dire en toute conscience ce que je pense de son état ?................................

....

J'eus tôt fait de me convaincre que mes soupçons n'étaient que trop fondés et que le prétendu paresseux n'était qu'un malade, plus justiciable d'un traitement hygiénique rationnel que des sermons de la famille ou des punitions du lycée.

Restait à faire partager ma manière de voir aux parents et à plaider la cause de mon petit client d'occasion. Ce n'était pas chose facile, surtout auprès du grand-père dont l'esprit était — comme tous les esprits peu éclairés et peu ouverts — la proie de préjugés, de principes absolus, d'autant plus difficiles à détruire qu'ils ne reposent que sur le sentiment, au lieu d'être basés sur des données rationnelles.

Le *préjugé universitaire* était fortement ancré dans cette cervelle de paysan qui ayant fait apprendre le « latin » à son fils, n'admettait pas que son petit-fils pût « décholr » en n'embrassant pas, lui aussi, une profession libérale à défaut de la *carrière administrative*.

Le point de vue « santé » lui échappait complètement aussi. Cet homme qui entourait de cache-nez le cou de son enfant, l'abreuvait de tisanes à la moindre menace de rhume et n'hésitait pas à m'envoyer chercher la nuit, à une distance de plusieurs lieues, trouvant que « son chéri toussait d'une drôle de façon » ne pouvait comprendre qu'il est des maladies qu'il faut chercher pour les découvrir et que seule, l'expérience du praticien peut arriver à dépister. « Il mange et dort bien... donc, il n'est pas malade. »

Il me fallut relever un à un et mettre en lumière tous les symptômes d'affaiblissement nerveux constatés chez l'enfant ; insister sur la croissance rapide et exagérée, sur le peu de puissance d'attention dont sont capables les enfants issus de parents névropathes ou arthritiques ; lui représenter que son propre fils, le père de l'enfant, atteint depuis de longues années d'une affection incurable du système nerveux, était lui-même victime d'un absurde système d'éducation, pour arriver — je ne dis pas à entraîner sa conviction — mais pour le forcer tout au moins à me laisser parler sans m'interrompre.

La maman, d'une intelligence plus ouverte, vint d'ailleurs à mon secours. Elle avait conservé les bulletins des différentes pensions que son fils avait successivement traversées en quelques années, sans pouvoir se maintenir nulle part ; nous les examinâmes ensemble et je n'eus pas de peine à lui prouver que la fatigue, l'épuisement nerveux, était la seule cause de cette prétendue paresse.

La cause de mon ami Charles était gagnée !

Je montrai à ces entichés du *préjugé universitaire* que si le commerce des grands écrivains de l'antiquité devient, pour certains esprits privilégiés, une source d'incomparables jouissances, ces avantages ne peuvent en aucune façon entrer en balance avec ce bien si précieux qu'on appelle une bonne santé.

c'est-à-dire 350° environ, ou mieux en la maintenant pendant une demi-heure dans un autoclave sous une pression de 2 atmosphères, soit à une température de 134°. Le nettoyage de la région doit être fait comme s'il s'agissait d'une opération sur la peau. Il est inutile de recourir à l'anesthésie générale ou locale, car les malades n'ont jamais accusé qu'une faible douleur pendant l'injection.

M. Baratoux fait usage d'une seringue stérilisable de 3 à 5 grammes, dont le piston est en amiante ou en verre, à frottement assez dur, et l'aiguille, courte, assez forte, est montée à vis sur le corps de pompe. Il est bon de faire un essai préalable avec la paraffine pour voir si la seringue ne perd pas et pour s'assurer de la pression suffisante à exercer, afin que le liquide sorte assez rapidement pour éviter un trop brusque refroidissement, d'où il résulterait une obstruction de la canule, surtout si l'aiguille était un peu longue : Une aiguille d'un centimètre de long et d'un calibre de 2/3 de millimètre nous paraît remplir les conditions requises pour la prothèse nasale.

Dans une petite étuve contenant de l'eau chaude, on place la seringe et les aiguilles que l'on stérilise par l'ébullition. Pour faciliter les manipulations, on y met en même temps le flacon de paraffine déjà stérilisé. Quand cette dernière se liquéfie, on y introduit un thermomètre préalablement flambé dont on se sert pour remuer le liquide, afin que celui-ci ait à peu près la même température dans toutes ses couches. Dès que la température retombe à 65°, on baisse la flamme du gaz et on remplit la seringue de paraffine en fusion. On visse rapidement l'aiguille que l'on passe deux ou trois fois sur la flamme d'une lampe à alcool avant de procéder à l'injection. Par des essais répétés, l'auteur a constaté que la température du liquide descendait à ce moment entre 62° et 60° ; du reste, rien n'est plus simple que de remettre l'instrument dans l'étuve et de l'y laisser jusqu'à ce qu'il ait atteint le degré voulu. On enfonce alors l'aiguille dans le tissu sous-cutané du nez, un peu en dehors de la ligne médiane, de préférence du côté où la dépression est le plus accusée ; il vaut mieux porter l'aiguille plus près de la pointe que de la racine du nez. Avec un peu d'habitude, on peut se dispenser de soulever la peau, car on sent parfaitement quand on parvient au tissu sous-cutané. Pendant ce temps, un aide délimite exactement la région sur laquelle on opère, au moyen des doigts, afin d'éviter la diffusion du liquide dans les tissus voisins. — Il faut procéder à l'injection rapidement, sans hésitation, mais sans trop de vigueur.

Quand on juge que l'on a suffisamment introduit de liquide, on retire la canule : deux ou trois centimètres cubes de paraffine sont nécessaires en général pour atteindre le résultat désiré quand la dépression n'est pas trop considérable ; dans quelques cas, on a employé de cinq à huit centimètres. Du reste, il est préférable de ne pas injecter trop de matière à la fois car en péchant par excès, on pourrait déterminer une difformité souvent irrémédiable, mieux vaut donc, s'il est nécessaire, avoir recours à une nouvelle injection que l'on peut pratiquer immédiatement ou remettre à une séance ultérieure.

Il faut veiller à ce que le liquide sorte régu-

Je leur citai quelques-uns des exemples trop fréquents d'infortunés collégiens dont les années de séquestration aboutissent lamentablement, au lieu du diplôme convoité, à la méningite ou à quelque autre manifestation de la tuberculose, et j'obtins la promesse que mon petit protégé, soustrait à la geôle de l'internat, suivrait simplement les cours du lycée et que la distribution du travail serait réglée d'après mes indications. En même temps, je me portai garant du travail de Charles, affirmant qu'il ne serait plus « collé » désormais que très rarement.

C'était jouer gros jeu, je le savais ; l'eussé-je ignoré, d'ailleurs, que le regard dont me foudroya le grand-père en me quittant eût suffi à me révéler toute la témérité de ma conduite......

L'événement, par bonheur, m'a donné raison.

Depuis qu'on lui demande *moins*, l'enfant *travaille davantage*, et surtout, *avec plus de fruit* ; ses notes sont presque toujours bonnes, et pas une fois depuis trois mois, il n'a dû se rendre au lycée le dimanche ou le jeudi pour y copier des lignes pendant que les « bons élèves » se livrent aux douceurs de la promenade en rangs serrés et silencieux.

Alma Mater.

Un matin de l'année 18....., les dix élèves de philosophie du collège de X. s'exerçaient gravement, sous la direction de leur professeur, à réfuter le système de Condillac, lorsque la porte de la classe s'ouvrit brusquement, livrant passage à deux personnages tout de noir vêtus.

Pourquoi certaines impressions, d'événements pourtant futiles en apparence, restent-elles gravées dans la mémoire en dépit de l'action du temps ? On m'embarrasserait certes bien aujourd'hui en me demandant de prouver que le système du fameux philosophe « méconnaît l'activité de l'âme et l'inéité de ses facultés primitives » ! En revanche, je me remémore aussi facilement que si elle datait d'hier la petite scène dont nous fûmes témoins ce matin-là. Je revois notre vieux principal, avec son dos arrondi, les mains croisées sur sa poitrine et fourrées dans les manches de sa jaquette, nous présentant à M. l'inspecteur général de l'Université.

Petit, mince, l'œil vif et noir, les cheveux gris, crépus, rejetés en arrière, l'auguste visiteur fit quelques pas dans la classe, renifla l'air à deux ou trois reprises, puis, avec une moue que je vois encore, laissa tomber ces simple mots : « Ça pue, ici ! »

Ce fut court, mais « bien senti », je vous assure.

Aussitôt, le Principal, se pendant à une ficelle qui tombait le long du mur, ouvrit un vasistas situé au-dessus de la chaire, — la seule prise d'air dont fût pourvue notre souricière. Après quoi, sur l'invitation de M. l'Inspecteur, la classe « continua comme s'il n'eût pas été là ». J'avais bien envie de lui dire, à M. l'Inspecteur, que s'il n'eût pas été là, nous eussions commencé par fermer la fenêtre, car il faisait bien froid ; mais sa rosette rouge m'intimidait — et puis, je me rendais compte, à mesure que l'air pur nous arrivait, que la réflexion du haut fonctionnaire n'était que trop justifiée. Et pourtant, notre classe était une des moins encombrées ; une des plus vastes de l'établissement ! Si « ça puait » ainsi dans une salle où une douzaine de spiritualistes s'occupaient uniquement de l'âme et de son immatérialité, jugez de ce que ce devait être ailleurs — en huitième par exemple !

Et, de fait, « ça puait » partout dans notre vieux collège, entre les murs de cet ancien couvent d'où suintaient des émanations monacales. « Ça puait » dans les études, « ça puait » au réfectoire, « ça puait » au dortoir — oh ! au dortoir surtout !

Nous n'étions cependant « pas plus sales que d'au-

lièrement et dès que l'on éprouve une certaine résistance, on doit retirer l'aiguille, dont le canal est obstrué par la matière solidifiée. Il suffit de la passer deux ou trois fois sur la flamme de la lampe à alcool pour que le liquide puisse s'écouler de nouveau facilement. On peut alors remettre l'aiguille soit dans le trou de la précédente injection, soit à côté, suivant les besoins de la prothèse. Pour empêcher le refroidissement trop brusque de la seringue, Eckstein a recommandé d'entourer le corps de pompe, dans ses trois quarts inférieurs, d'une enveloppe de caoutchouc ; on peut également employer à cet effet une bande de drap préalablement chauffé.

Au cours de l'injection, on peut déjà, par des pressions légères, modeler le nez ; dès que la canule est retirée, il faut maintenir l'organe entre les doigts pendant quelques instants, afin de lui donner la forme que l'on désire ; au reste, la solution durcit rapidement, il reste à placer sur la région une compresse trempée dans l'eau froide, durant 24 heures, ou mieux pendant tout le temps que persiste l'œdème qui peut survenir par suite de la compression des vaisseaux. Au reste ce gonflement n'est d'aucune gravité.

Il en est de même aussi de la brûlure de la peau qui est occasionnée parfois par le contact de l'aiguille trop chauffée et détermine alors une petite croûte et une cicatrice de nulle importance.

Si la piqûre de l'aiguille donnait lieu à un écoulement sanguin, on l'arrêterait facilement avec un peu d'ouate trempée dans de l'eau oxygénée.

Du choix de la main dans la double manœuvre.

M. le Dr *Henri Deshayes*, d'Orléans, a consacré au choix de la main, dans la double manœuvre au cours de la version obstétricale, un très important travail, que publie *l'Année médicale de Caen*.

L'auteur fait remarquer tout d'abord que les traités classiques de Nœgelé et Greuser et de Tarnier indiquent mal la méthode à employer pour exécuter la manœuvre.

Ni l'un, ni l'autre ne disent de quelle main il faut se servir pour repousser la partie fœtale ; ils disent simplement l'autre main, celle qui ne tire pas sur le lacs mis au pied du fœtus, et ils ne disent pas davantage quelle doit être celle-ci. Le choix de cette dernière est d'ailleurs parfaitement indifférent, et ces tractions sur le lacs pourraient même être confiées à un aide.

Mais, à défaut d'indication précise dans le texte, on peut se reporter à la figure ; qu'y voit-on ? Une main gauche tirant par le lacs un pied droit, sous-pubien, et une main droite qui refoule, ou mieux est censée refouler la tête placée dans la fosse iliaque gauche de la mère. Autrement dit, d'après cette figure, on devrait prendre pour repousser la partie fœtale la main antonyme du côté du bassin où cette partie est placée.

« Or, tout récemment, ayant eu l'occasion de pratiquer la double manœuvre pour terminer une version entreprise sans moi par un autre opérateur, pour une procidence du cordon, j'ai reconnu, au contraire, que c'était la main homonyme qu'il fallait employer. Des expériences faites sur le mannequin avec un fœtus naturel,

---

tres » : une fois chaque trimestre, *ceux dont les parents en témoignaient le désir* étaient conduits au bain ; et, tous les mois, nous pouvions nous offrir le luxe d'un bain de pieds — dans la salle des provisions.

Je dois à la vérité de dire que ces sybarites étaient rares et se recrutaient principalement, j'imagine, parmi les « humanités » ayant quelque peu vécu dans le commerce de Pétrone.

J'ajoute, à la louange de notre économe, que, pour ne pas grever inutilement le budget municipal [le collège était alors en régie], il avait trouvé un moyen fort ingénieux d'utiliser ces récipients pendant leurs nombreux moments de loisir, en les faisant servir, au réfectoire, au lavage hebdomadaire de nos couverts de table !

Telles étaient les règles d'hygiène que l'*Alma Mater* appliquait, voici quelque vingt ans, à l'éducation des enfants des « classes privilégiées ».

Nos fils sont-ils plus favorisés aujourd'hui sous ce rapport ?

On voudrait le croire, mais il est permis d'en douter si l'on songe que l'hygiène et la propreté ne sont pas matières cotées aux examens de Sorbonne.

Je connais nombre de collégiens qui n'entretiennent avec l'éponge et le savon que des rapports très espacés ; pourvu qu'ils soient prêts, au roulement du tambour ou au son de la cloche, à descendre à l'étude, nul ne s'occupe de la façon dont ils emploient le temps, pourtant si court, que le règlement concède comme à regret aux soins de la toilette. Nul ne songe à leur inculquer le goût salutaire de la propreté physique qui, cependant, exerce une si puissante influence sur la propreté morale.

L'air, l'exercice, la nourriture, les éléments si indispensables à tout être qui s'accroît, continuent d'être mesurés, dosés mathématiquement suivant *l'âge de l'enfant*, sans égard aux nombreuses différences organiques, à la diversité de tempéraments qui existent entre *les enfants*.

« Vous avez encore faim, mon ami ? mais vous avez eu à manger comme votre petit camarade qui ne se plaint pas lui. Quel âge avez-vous donc ? » — « Douze ans, Monsieur. » — « Douze ans ! tant de grammes de viande... tant de pain.... tant de légumes ; vous avez eu votre compte... de quoi vous plaignez-vous ? Est-ce la faute du règlement si vous grandissez trop vite ? C'est vous qui êtes dans votre tort !

« Et vous, là-bas, que faites-vous à table alors que vos camarades sont déjà levés et que l'heure de la récréation a sonné ? » — « Monsieur, je n'ai pas fini..... j'ai de mauvaises dents... je ne puis manger vite..... » — « Tatata.... qu'est-ce que vous me racontez là ? Je ne veux voir personne à table après que l'heure a sonné. Si vous êtes malade, il vous faut aller à l'infirmerie ; il n'en faudrait pas beaucoup comme vous pour troubler l'ordre et la bonne harmonie de la maison ».

Et, dans toute maison bien tenue, tout marche au son du tambour : ran plan plan pour la soupe... ...ran plan plan pour le bœuf.... ran plan plan pour les haricots.... chargez.... ett..... reposez.... ett....

Oh ! les beaux petits soldats, espoir de la France !

Comprimé, étiolé au point de vue du développement physique, le malheureux collégien est victime, sous le rapport des études, des mêmes errements.

A tel âge correspondent tant de grammes de viande et tant de pages de textes à étudier ; comme l'appareil masticateur, le cerveau peut se refuser à triturer en un temps donné tel plat de grec ou de latin : tant pis pour les « clampins » !

Que d'« indigestions cérébrales », que de « gastri-

par des élèves sages-femmes non prévenues de ce que je recherchais, ont pleinement confirmé mon opinion. Tandis qu'avec la main antonyme elles ne parvenaient pas à vaincre la résistance des mains embrassant le siège et le dos du fœtus pour imiter les contractions de l'utérus, avec la main homonyme cette résistance était très vite vaincue.

Le raisonnement le plus simple explique du reste facilement ce résultat empirique.

Il y a, en effet, une contradiction flagrante, dans nos classiques entre la représentation qu'ils donnent de la double manœuvre, et la règle, si importante au premier temps de la version, de repousser autant que possible la partie qui se présente sur les côtés du bassin avec la main qui doit aller à la recherche des pieds. Ainsi, dans une présentation du sommet, quand le dos est à gauche, vous choisirez votre main gauche pour aller rechercher les pieds et c'est cette main *gauche* qui doit, avant de pénétrer au fond de l'utérus, repousser la tête fœtale à *gauche*. Pourquoi ce qu'elle peut faire si bien avant la saisie des pieds, cette même main homonyme ne le ferait-elle pas après ! Elle le pourrait, mais en pratique, tout opérateur non prévenu essayera, (*instinctivement et à tort*) de repousser la tête avec la main antonyme.

En effet, il vient d'attirer, avec la main gauche, un pied à la vulve, continuant à le tenir (avec cette main, il y place ou y fait placer un lacs, et instinctivement, il glisse sa main gauche du pied sur le lacs, qui lui fait suite, et il tire énergiquement. Que lui reste-t-il pour agir sur la tête ? la main droite, antonyme. Il l'introduit donc et bientôt le bout de ses doigts touche le crâne fœtal ; et il peut essayer de le repousser directement ; mais il le fait sans efficacité et non sans danger pour ce crâne dont les os fléchissent sous la pression limitée à une petite surface. Pour agir avec la paume de la main, il lui faut glisser celle-ci entre la tête et le bord gauche du détroit supérieur ; or cette pénétration est rendue très malaisée par les contractions utérines et par la présence du siège du fœtus de l'autre côté du bassin.

« Supposons qu'il y soit parvenu, la tête se trouve rapprochée des fesses de toute l'épaisseur de la main, et il la rapprochera encore plus quand il la repoussera en haut ; il augmente en réalité par cette fausse manœuvre l'enroulement du fœtus sur lui-même et gêne la descente du siège.

Qu'il change au contraire le rôle de ses mains, la main gauche s'introduit facilement entre la tête et les genoux du fœtus, sans pénétrer à une grande profondeur et presque sans toucher la paroi de l'utérus ; sa paume embrasse tout naturellement le front, ses doigts la face, et au lieu de repousser la tête en haut, elle la pousse vers la fosse iliaque gauche, elle l'éloigne des fesses, elle déroule le fœtus, et finalement la double manœuvre, impossible avec l'autre main, devient aisée avec celle-ci.

Il faut aussi remarquer la direction incommode qu'il faut donner à l'avant-bras antonyme de la fosse iliaque où l'on veut pousser la tête, et la direction naturelle, aisée, du coude homonyme.

En résumé, la figure classique de la double manœuvre, reproduite avec une plate fidélité dans nos traités d'accouchements, consacre une

---

tes » encéphaliques, ainsi provoquées, passent à l'état chronique et font d'un malheureux enfant, *coupable seulement de ne pas pouvoir s'adapter aux programmes*, un misérable « cancre » opprobre de la classe et cauchemar du professeur !

C'est un fait d'expérience, que les élèves les mieux doués n'arrivent — au prix des pires fatigues ! — à abattre la besogne qui leur est tracée en dehors des heures de classe, qu'en consacrant à chaque devoir la moitié, ou même le tiers du temps qui serait nécessaire pour que ces devoirs fussent faits consciencieusement.

« Que voulez-vous ? répondent les professeurs, il faut coûte que coûte être prêts pour le baccalauréat ».

Et coûte que coûte, on s'efforce d'entasser dans ces cerveaux délicats la macédoine indigeste des programmes !

De la formation du jugement, de l'intelligence, nul n'en a cure. Ce n'est pas pour cela qu'on nous confie des élèves : c'est pour en faire des bacheliers — ce qui est tout différent !

Pédagogues et Hygiénistes.

De tels procédés ne sont rien moins que criminels.

Parents et éducateurs se rendent également coupables de ce crime de lèse-enfance dont la répercussion se fait si fâcheusement sentir dans tout le corps social.

Ils peuvent, à la vérité, les uns et les autres, invoquer cette circonstance atténuante, *qu'ils ne savent pas ce qu'ils font*.

Notre système pédagogique traite *l'enfant* comme une abstraction « sans tenir compte des grandes différences, qui existent entre les aptitudes que donnent ou laissent à chacun l'hérédité, l'innéité, le tempérament, les anomalies de la croissance physiologique et les maladies accidentelles ou diathésiques » (1).

Le seul juge dont la compétence soit indiscutable en l'espèce, le médecin, n'est appelé qu'à titre exceptionnel à donner son avis sur ces questions d'éducation dont l'hygiène devrait former la base rationnelle.

Il est temps d'abandonner de semblables errements.

Dans une remarquable étude communiquée l'année dernière au Congrès de Nantes, le Dr Le Gendre, qui s'est acquis dans les questions de pédiatrie une légitime notoriété, a fixé de main de maître la part qui revient au médecin, dans l'éducation et dans l'instruction.

Je vous engage, mes chers collègues, à lire ce substantiel travail qui ne saurait être résumé, et qui établit d'une façon péremptoire que le médecin doit être consulté non seulement pour la direction physique à donner à l'enfant, mais encore pour le choix des méthodes pédagogiques et l'élaboration des programmes.

C'est bien à tort que notre distingué confrère exprime la crainte qu'une telle prétention ne suscite contre lui un *tolle* des pédagogues de profession et qu'on ne lui oppose le classique *ne sutor ultra crepidam*. Les faits parlent d'eux-mêmes et les pédagogues vraiment dignes de ce nom se trouvent depuis quelques années entraînés par un courant qui, tôt ou tard, amènera fatalement une évolution qui s'impose.

Le moment était donc bien choisi de porter la

(1) Dr Legendre. Communication au Congrès de Nantes. — *Concours médical*, 9 novembre 1901.

erreur de manuel opératoire. En s'y conformant, on risque d'éprouver de telles difficultés qu'on pourra souvent l'abandonner pour l'embryotomie (Tarnier, t. IV, *loc. cit.*).

Or, d'après Nœgelé et Greuser (*loc. cit*), l'occasion la plus fréquente de faire la double manœuvre se rencontre dans la procidence du cordon où la version n'est entreprise que dans le but de sauver l'enfant. Cette considération restreint singulièrement l'indication de l'embryotomie. Même si l'enfant vient à mourir au cours de l'opération, et qui sait jamais s'il l'est certainement, la double manœuvre *faite sans violence* est assurément moins grave pour la mère elle-même que l'embryotomie. J'ai eu plusieurs fois, dans ma pratique, l'occasion de terminer par la double manœuvre des versions commencées par d'autres, et les femmes n'en ont éprouvé aucun dommage.

Mais pour faire la double manœuvre sans violence, sans risque de déchirer l'utérus, de le séparer du vagin, il faut commencer par repousser la partie qui se présente non pas en haut, mais sur le côté ; or *la main homonyme de ce côté peut* seule l'y conduire et sans violences.

GYNECOLOGIE MÉDICALE

La dysménorrhée et son traitement

(Leçon faite *par le London Hospital au* Pr E. Herman)

La dysménorrhée désigne l'ensemble des douleurs utérines qui peuvent accompagner la menstruation. Sur 100 femmes, 40 seulement n'éprouvent aucune sensation anormale pendant leurs règles et 60 environ souffrent plus ou moins à ce moment. Parmi ces dernières, 10 à 12 sont forcées de s'aliter, tant la douleur ressentie est vive.

Avant d'entrer plus avant dans cette étude pathologique, deux mots d'abord sur la physiologie de la menstruation. Elle est caractérisée par l'expulsion de l'endothélium desquamé. La muqueuse de l'utérus et surtout son épithélium constituent, on le sait, la partie essentielle de la matrice, celle qui reçoit l'ovule et forme le placenta, la couche musculeuse n'étant qu'un accessoire, très utile il est vrai, pour expulser l'œuf lors de l'accouchement. Mince durant l'enfance, la muqueuse en question devient épaisse et vasculaire à l'époque de la puberté. Lorsque, après avoir atteint son complet développement, elle ne donne pas asile à un œuf fécondé, elle se détache périodiquement, une hémorrhagie se produit par les vaisseaux ouverts du fait de la desquamation, le col se dilate, puis sang et muqueuse sont chassés au dehors par des contractions semblables à celles qui provoquent l'accouchement, quoique naturellement moins intenses. Tous les mois, pendant 30 ans, environ le même phénomène se produit.

La menstruation, ainsi caractérisée dans ses points essentiels, s'accompagne de plusieurs autres modifications secondaires. Avant les règles, le sang afflue dans les glandes lactifères et dans le petit bassin ; les seins et l'utérus, congestionnés, augmentent de volume, la pression artérielle s'élève légèrement, de même que la température, qui parfois dépasse de un demi-degré la normale. La femme éprouve un sentiment de fatigue, au moral et au physique, le

question devant l'opinion publique, en essayant de grouper en un faisceau puissant tous les pères de famille et tous les médecins qu'intéresse le problème de l'éducation.

Sous le nom de « *Ligue des pères de famille et des médecins pour l'amélioration de l'hygiène scolaire* » (1), le Dr Le Gendre et son collègue des hopitaux, le Dr Albert Mathieu, travaillent à établir une vaste fédération pour l'étude des réformes qu'il importe d'introduire à bref délai dans notre système d'éducation et d'instruction.

Il m'a semblé, Messieurs et chers Collègues, que la Société d'Hygiène de l'Enfance se devait à elle-même d'entrer dans ces vues généreuses et de donner son adhésion pleine et entière à une œuvre qui concorde si bien avec ses préoccupations habituelles.

Associons-nous donc à cette revendication des droits et surtout des devoirs des pères de famille en vue de cette œuvre, capitale entre toutes : la culture physique et intellectuelle de l'enfance et de la jeunesse.

Parents et enfants ne peuvent que gagner à voir s'établir le règne de l'Hygiène dans les familles et dans les pensionnats.

De l'air dans les classes ; de l'air dans les programmes ! Coupons les lisières et developpons l'énergie et l'initiative ; c'est le seul moyen de préparer cette forte race, dont le pays a tant besoin !

Quand, suivant les enseignements de la science sociale, nous aurons fait à nos enfants de bons muscles et une solide volonté, notre tâche sera accomplie, et nous pourrons sans crainte, comme sans regret, leur passer ce flambeau de la vie dont parle le poète.

Au lieu de nous préoccuper de « tracer la vie » à nos fils, efforçons-nous de leur donner une éducation telle que, en présence des mille difficultés de l'existence, ils puissent toujours se tirer d'affaire. Voilà trop longtemps que notre unique souci consiste à donner à la Patrie des avocats, des médecins, des fonctionnaires ; faisons mieux désormais ; donnons-lui des hommes.

Dr Oudaille.

(1) La ligue des médecins et des pères de famille a pour but l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles.

Elle se propose de faire une campagne active pour la vulgarisation et l'application des principes de l'hygiène scolaire.

Elle se compose en nombre illimité, et sans distinction de sexe, sous la seule condition qu'ils aient atteint leur majorité et qu'ils jouissent de leurs droits civils :

1° De membres actifs payant une cotisation annuelle minima de 2 fr. ;

2° De membres fondateurs, payant une cotisation annuelle minima de 10 fr. ;

3° De membres perpétuels, effectuant un versement unique qui ne peut être inférieur à 100 fr.

Dès maintenant, les adhésions peuvent être envoyées au secrétaire général, et les cotisations versées au Trésorier.

Le bureau directeur a été provisoirement constitué ainsi :

Président; le Dr Le Gendre, 25, rue de Châteaudun, Paris.

Secrétaire général : le Dr Albert Mathieu, 37, rue des Mathurins.

Trésorier; le Dr André Thomas, 64, rue de la Chaussée-d'Antin.

système nerveux devient plus irritable. Certaines affections, d'autre part, la migraine, les attaques convulsives, par exemple, sont volontiers réveillées.

Deux catégories distinctes de douleurs locales peuvent compléter ce tableau symptomatique. La première est due à la congestion physiologique des organes pelviens qui précède les règles. La seconde est engendrée par les contractions utérines qui expulsent le sang et les produits de desquamation.

La douleur résultant de la congestion du bassin est, de beaucoup, la plus commune. Toutes les femmes la ressentent plus ou moins vivement. C'est une sensibilité diffuse généralisée à toute la région pelvienne, à la partie inférieure de l'abdomen, aux lombes et aux cuisses. Elle est continue et non paroxystique, sourde et non aiguë. Si vous demandez combien de temps elle dure, on vous répond qu'elle se maintient 2 ou 3 heures et se calme 1 heure ou 2. Elle vient graduellement, commence un jour, deux jours, une semaine parfois avant les règles et ne cesse qu'une fois l'écoulement sanguin largement établi. Elle est toujours soulagée par le repos au lit; son intensité est modérée et elle ne donne jamais au facies d'aspect angoissé, n'entraîne ni vomissements, ni syncopes.

Nous ignorons pourquoi certaines femmes éprouvent ces douleurs avant-coureurs de la menstruation et pourquoi d'autres ne les ressentent pas. Les femmes dont les règles sont abondantes souffrent plus que celles dont les règles sont faibles : on peut penser, non sans raison, que toute hémorragie considérable implique une congestion elle-même intense, d'où plus d'acuité dans les douleurs.

La menstruation, d'une manière générale, aggrave les phénomènes douloureux causés par les maladies diverses des organes pelviens. Certains états morbides de l'utérus, également, entraînent une congestion anormale et, conséquemment, une hypersensibilité de cet organe, pendant les règles. Telles la rétroversion et la rétroflexion qui gênent la circulation veineuse en retour, d'où stase pathologique du sang dans la matrice.

Dans quelques cas, la malade rapporte le siège de ses souffrances à l'ovaire. Elle indique un point situé à deux pouces (5 cm.) en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Simpson a donné à cette localisation le nom de dysménorrhée ovarienne, étiquette qui semblerait indiquer que la douleur est due à l'ovaire. On a, effectivement, construit là-dessus différentes vues hypothétiques : la tunique albuginée, a-t-on dit, étant trop épaisse, les follicules ne peuvent s'en échapper. On a parlé de cirrhose, d'œdème, d'hydropisie des follicules. En réalité, rien de tout cela n'est établi et on ne saurait affirmer si la douleur provoquée par la pression au niveau de l'ovaire est due ou non à un état pathologique de cet organe.

D'ailleurs, l'acuité de la souffrance dépend non seulement de sa cause locale, mais aussi de la sensibilité de la femme. Une personne se plaindra vivement d'un trouble qu'une autre percevrait à peine. Il y a là un facteur personnel dont il convient de tenir compte.

Nous venons de voir la première variété, très fréquente, de douleurs de la menstruation, celle qui relève de la congestion physiologique du bassin. Cette congestion peut être simple, agir seule, ou bien s'ajouter à un état morbide des organes du petit bassin, qui s'aggrave ou du moins se complique momentanément. Mais tout ceci ne constitue pas, à proprement parler, la dysménorrhée. Il convient de réserver ce terme aux douleurs, quelquefois si violentes, causées par les contractions utérines menstruelles.

La contraction du muscle utérin, comme celle de la plupart des muscles, n'est pas, normalement, douloureuse. Même pendant l'accouchement, elle n'entre que pour une part infime dans les souffrances de la parturiente, ces dernières tenant surtout à la dilatation des parties molles. D'une manière analogue, les contractions utérines qui expulsent les flux menstruels sont à peine ou pas du tout perçues par la plupart des femmes, dans les conditions ordinaires. Par contre, il arrive parfois qu'elles sont douloureuses, constituant ainsi la véritable dysménorrhée.

Il est des exemples, rares, où la dysménorrhée tient à un obstacle au passage du sang (tumeur, cicatrice au niveau du col). Chez nombre de femmes, l'endomètre, au lieu de se détacher en une fine desquamation, part en larges membranes qui nécessitent une contraction plus forte pour être expulsées (dysménorrhée membraneuse des auteurs). Ce rejet de membranes est assez commun, pourvu qu'on en fasse la recherche avec soin. Toutefois, dans ces cas, la douleur est rarement sérieuse, elle dépend beaucoup de l'état névropathique de la malade.

Pendant longtemps, la plupart des auteurs ont considéré l'antéflexion comme une des causes principales de la dysménorrhée. Le canal utérin, pensait-on, se trouvant coudé, laissait passer le sang avec difficulté. Cette explication était plausible et semblait en harmonie avec la fréquence de l'antéflexion chez les dysménorrhéiques. Mais, des observateurs minutieux ne tardèrent pas à trouver une proportion égale d'antéflexions chez les femmes qui souffrent et celles qui ne souffrent pas à l'époque de leurs règles. Ils montrèrent également que l'antéflexion est la forme normale de l'utérus chez les vierges.

A un moment donné, on enseigna encore que la cause de la dysménorrhée était l'étroitesse de l'orifice externe. Cette notion se basait sur la guérison fréquente de cette affection au moyen des dilatations et des sections du col. En réalité, ces rétrécissements sont simplement théoriques car, en fait, l'orifice externe, habituellement, laisse passer les sondes sans difficulté.

En résumé, dans la majorité des cas de dysménorrhée, et des plus accusés, on ne trouve ni obstacle au passage du sang, ni étroitesse du canal, ni membranes. On ne doit pas incriminer non plus, nous l'avons dit, l'antéflexion. La maladie est purement nerveuse, spasmodique. Voilà pour la nature et l'étiologie de la dysménorrhée vraie.

Dans les deux tiers des cas, les douleurs se montrent dès l'établissement de la fonction. Dans l'autre tiers, les premières règles se passent sans incident, puis l'affection débute, en général, avant 25 ans, quoique parfois beaucoup plus tard.

Il n'existe aucun signe physique permettant de reconnaître la dysménorrhée spasmodique. Le diagnostic doit être fait d'après l'interroga-

toire, qui portera sur les caractères de la douleur. Celle-ci est beaucoup plus intense dans la dysménorrhée spasmodique que dans toute autre altération menstruelle. Les femmes déclarent fréquemment que, même couchées, elles ne peuvent rester en place ; les souffrances les tiennent éveillées la nuit, les font transpirer, vomir et se rouler. Il existe évidemment des degrés dans la maladie ; néanmoins toute douleur très vive est presque certainement d'ordre spasmodique. Les douleurs de la congestion pelvienne ne sont, au contraire, jamais aiguës : c'est plutôt une sensibilité vague et diffuse.

Autre élément différentiel. La douleur de la dysménorrhée spasmodique est de courte durée ; elle vient brusquement, éveillant quelquefois la patiente au milieu de la nuit ; elle cesse, en général, en moins de 24 heures et ne se prolonge qu'exceptionnellement plus de deux jours. Chez les femmes qui offrent réunies les douleurs de la congestion et celles de la dysménorrhée, on voit apparaître quelque temps avant les règles une sensibilité vague, puis les spasmes de la colique utérine, le tout pouvant être confondu par les malades.

Enfin, la douleur aiguë, soudaine, rapide et intermittente de la dysménorrhée spasmodique n'est pas soulagée par le repos, contrairement à la sensibilité de la congestion pelvienne que le lit améliore le plus souvent. Elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée et se prolonge quelquefois durant toute l'existence menstruelle de la patiente.

Traitement :

La grossesse est la cure naturelle de la dysménorrhée spasmodique. Malheureusement la stérilité est la règle en pareille circonstance, si on n'intervient pas par une médication qui guérit à la fois la dysménorrhée et la stérilité.

Les meilleurs médicaments calmants de la colique utérine sont l'antipyrine et la phénacétine. Ils procurent souvent une action sédative suffisante et, leur emploi intermittent n'offrant aucun inconvénient, il n'est pas nécessaire dans les cas légers de s'adresser à une autre thérapeutique. Si ces préparations ne réussissent pas, on pourra calmer la douleur par les narcotiques, la morphine et le chloroforme. J'ai connu des malades qu'on ne parvenait pas à soulager autrement ; toutefois, il ne faut en venir là qu'après insuccès du traitement local.

J'ai vu, dans certaines circonstances, le gaïac réussir. Je fais prendre 60 centigr. de résine de gaïac dans une cuillerée à soupe d'extrait de malt, deux ou trois fois par jour, en commençant une semaine avant le début présumé de la menstruation. J'ignore comment agit cette drogue, j'ignore également chez quel groupe de malades elle agit : mais je sais qu'elle guérit parfois.

Le traitement local de la dysménorrhée spasmodique se résume en une seule indication : la dilatation du col à l'aide de bougies. La plupart du temps l'opération est facile, le canal cervical laisse aisément passer une bougie n° 6 et n'oppose un peu de résistance qu'aux environs du n° 9. Je suppose ce numéro entré avec une légère difficulté, vous le maintenez à demeure pendant 2 à 3 minutes et cela suffit pour qu'il ressorte et qu'un numéro plus élevé puisse pénétrer. Je continue la dilatation jusqu'à rencontrer une résistance notable, j'arrive ainsi, en général au n° 12.

Je ne sais pas quel est le minimum de dilatation nécessaire pour guérir : j'ai vu la bougie n° 8 permettre une grossesse chez une femme stérile et dysménorrhéique ; on voit quelquefois le passage d'une simple sonde dans l'utérus, avant les règles, empêcher celles-ci d'être douloureuses. La dilatation n'a donc pas toujours besoin d'être considérable pour arriver à un bon résultat.

Cette opération ne guérit pas, d'ailleurs, infailliblement. D'après les statistiques publiées par différents auteurs, elle donnerait un effet favorable dans les deux tiers des cas. Ces relevés contiennent certainement des dysménorrhées non justiciables, rationnellement, du cathétérisme dilatateur et chez lesquelles l'échec n'est pas attribuable à la méthode. Je pense, pour ma part, que celle-ci procure une amélioration plus ou moins grande, 3 fois sur 4 au minimum. Cependant, malgré la valeur de ce traitement, vous observerez des dysménorrhées spasmodiques rebelles : il en est que la grossesse elle-même ne guérit pas !

Combien de temps dure l'action bienfaisante de la dilatation ?

Il est difficile de le dire exactement, les malades ne revenant guère voir leur médecin quand elles vont bien. L'amélioration peut persister indéfiniment, pendant toute la vie sexuelle de la femme. J'ai revu en 1900 une patiente que j'avais dilatée en 1878 et qui depuis cette époque n'avait plus souffert. Parfois aussi, la guérison n'est que temporaire, la douleur revient et est de nouveau guérie par la dilatation.

Lorsque tout autre traitement demeure insuffisant, si la dysménorrhée est grave et trouble sérieusement l'existence de la femme, on discutera l'opportunité d'une ovariotomie. Celle-ci, supprimant les règles, supprime les douleurs, mais elle détruit également tout espoir de maternité. Aussi cette opération ne doit-elle être proposée qu'après réflexion prolongée et être remise à une époque aussi éloignée que possible.

(Traduction du Dr P. Lacroix).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les bienfaits de l'alcool !

En fait d'alcoolisme, la France se place en tête des nations : sa torche remplie d'alcool incandescent éclaire déjà le monde d'une lueur sans pareille, et l'Académie de Médecine, protectrice des trois-six et des vitriols colorés, va lui rendre encore plus certaine cette triste suprématie, grâce à son j'menfoutisme de haute envergure.

A ce sujet, un peu de statistique s'impose :

1° 7.842.055 maisons couvrent le sol de la France : or, si l'on tient compte du fait que notre pays possède 521.000 débits de boissons, cela fait pour le total des habitations *un débit* pour chaque 17e maison. Sur 17 maisons, il y en a *une* qui contient un débit de vin et les 16 maisons font vivre la 17e ;

2° Il y a en France 521.000 débits de boissons; cela fait pour 38.500 000 habitants *un* débit pour 72 habitants ; il y a donc 71 individus qui font vivre le 72e en consommant les produits alcooliques que vend ce commerçant ;

3° En 1880, la France comptait 56.000 débits ; aujourd'hui il y en a 521.000 : en 22 ans, à peine, le nombre des débits a plus que décuplé; là où il y en avait *un*, il y en a ONZE ;

4° La consommation annuelle d'alcool par habitant était :

En 1830 de	1 litre 12
— 1860 de	2 — 27
— 1880 de	3 — 64
— 1890 de	4 — 35
— 1900 de	7 — 11

et cette moyenne ne fera que croître et embellir avec le temps : d'ailleurs, en certaines contrées, chaque habitant consomme, en moyenne, de 70 à 191 litres d'alcool par *an* ;

5° L'alcoolisme coûte directement aux buveurs français 1.300.000.000 de francs par an ; à ce chiffre, il faut ajouter l'argent que ne gagne pas l'alcoolique quand, fou et ivre, il se blesse, se rend malade ou chôme par sa faute ;

6° Sur 100 individus internés à l'asile Saint-Anne en 1894, il y a 30 aliénés par alcoolisme direct chez l'homme, et 7 chez les femmes ;

7° Enfin, il y a 760.000 bouilleurs de cru en France.

Je passe sous silence, faute de place, car il me faudrait envahir la totalité de la *Tribune Médicale*, les crimes, attentats, délits, viols, assassinats, rixes, coups et blessures qui évoluent chaque jour dans la France entière sous l'influence de l'alcool seul ; je ne porte pas en ligne de compte les multiples citoyens qui, sans permission ou licence aucune, vendent de l'alcool dans leur boutique ou dans leur maison, ou qui cèdent des litres d'alcool à leurs voisins sans formalité aucune : ne figurent pas au tableau des débitants, les pharmaciens qui vendent, au verre, *des toniques* à base d'alcool presque absolu ; les grands magasins de nouveautés qui offrent le verre de Bordeaux à leurs clients et clientes; les maisons interlopes que la morale réprouve, mais qui pullulent, parce que la police est censée les ignorer, et où l'on ingurgite force rasades d'alcool, pour exciter une virilité par trop en détresse : les innombrables boudoirs à l'heure ou à la minute ou Bacchus et Vénus fraternisent sur des paillasses éventrées ! Partout cet alcool se rencontre : partout il pollue l'atmosphère de ses âcres relents, et sa multiplicité est trop forte pour qu'on puisse le compter !

Et c'est devant ces ruines qui chaque jour s'accumulent, c'est devant ces victimes qui à chaque heure vont sombrer dans l'abîme infini, que la Loi reste muette !

Pour ne pas ruiner des industriels éhontés qui étayent leur opulente fortune sur des monceaux de cadavres, pour ne pas offusquer la quiétude de ces malandrins qui ne vivent que par la mort de milliers et de milliers d'inconscients, on a la honte et l'impudeur de se taire ! Bien plus, des gens sensés se réunissent, s'associent et se concertent pour défendre les intérêts de ces bouilleurs de cru qui, légalement, sont les bourreaux patentés de la société moderne : on étend leurs droits, on fortifie leurs pouvoirs, on proclame leurs libertés, on maintient leurs privillèges en augmentant leur prépondérance, et la France meurt, la France succombe, intoxiquée par le poison !

La Science, qui au nom de l'Humanité devait crier le holà ! et montrer le péril, a fait son devoir ; ses représentants officiels ont-ils fait le leur ?

En ne prononçant pas un *veto* absolu au sujet des toxiques qui font la base de certaines boissons répandues à profusion dans toutes les classes de la société, l'Académie de médecine se fait la complice des empoisonneurs patentés.

Et les pouvoirs publics, impuissants devant le fléau, ne peuvent le conjurer comme ils auraient pu et dû le faire, puisque la Science officielle ne leur en donne pas les moyens ni le droit...

En revenant encore une fois sur ce triste sujet, je proteste une fois de plus contre le vote de l'Académie ; j'estime que c'est à la presse de faire son devoir, à la presse libre de parler haut et de redire à satiété, tant que l'on n'aura pas aboli le libre trafic des toxiques et des alcools à essence meurtrière, que, par la veulerie de nos savants officiels, nous marchons de plus en plus rapidement vers le cataclysme final.

L'absinthe et ses similaires sont des poisons, qu'on interdise leur fabrication.

(*Tribune Médicale.*) Dr A. BARATIER.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les conseils généraux et la loi sur la santé publique.

La loi sur la protection de la santé publique est-elle aussi du nombre de celles qui doivent être appliquées ?

Si oui (nous ne sommes pas dans le secret des gouvernants), elle entrerait en vigueur le 19 février 1903, un an après sa promulgation.

Parmi les mesures d'organisation qu'elle entraîne, certaines feront l'objet de règlements d'administration publique : elles échappent encore à cette heure à notre étude, et nous en reparlerons en temps utile.

Mais, il en est d'autres (articles 19 et 20) qui, visant l'organisation de l'*hygiène dans le département*, seront soumises demain, à la session d'août, aux conseils généraux qui tiendront à se mettre en règle pour la date fixée. La situation sur ce point étant identique à celle que créa la loi de 1893, il nous semble indispensable que les Syndicats médicaux soient prêts pour la discussion et prennent même l'initiative de demander à être consultés.

A cette fin, nous devons reproduire un *article-consultation* publié dans la *Revue d'hygiène* du 20 juillet 1902 par M. Albert Bluzet, docteur en droit. En quelques notes ou renvois, il nous sera facile de compléter ces indications ou de préciser nos réserves sur les points où nous différons d'avis avec lui.

« L'heure est donc venue d'en entretenir les lecteurs de la *Revue d'hygiène* et d'appeler particulièrement leur attention sur l'importance de ces premières mesures d'exécution.

Dans chaque département, dit l'article 20 de la loi du 15 février 1902, le Conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, § 5, de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment

sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art et un vétérinaire.

Le sous-préfet présidera la commission, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables. »

On ne peut tout d'abord omettre de signaler l'identité de la disposition que formule le premier paragraphe de cet article avec l'art. 4 de la loi du 15 juillet 1893, dont le paragraphe 2 stipule que « le Conseil général délibère, dans les conditions prévues par l'art. 48 de la loi du 10 août 1871 : 1° sur l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite... » Ces deux dispositions, dont l'origine est la même, et dont l'analogie ne saurait être fortuite, consacrent l'une et l'autre un double principe : d'une part, elles font de l'Hygiène publique et de l'Assistance médicale gratuite des services départementaux, et d'autre part, elles tendent à laisser aux assemblées départementales une certaine initiative dans l'adaptation locale des prescriptions de la loi ; à ce dernier point de vue elles s'inspirent l'une et l'autre de tendances décentralisatrices.

Toutefois, il y a lieu de reconnaître que l'autonomie départementale est plutôt moins étendue en matière d'hygiène publique qu'en matière d'assistance médicale. Pour ce qui concerne cette dernière, les questions à résoudre par le Conseil général au moment de la première application de la loi étaient au plus haut degré des questions organiques, la loi ne formulant aucune prescription, ni sur la désignation ou le choix des médecins, ni sur leur mode de rémunération. De même, dans sa rédaction primitive, qui se réduisait sensiblement aux premier et second paragraphes actuels, l'article 20 dont nous nous occupons ne formulait aucune prescription ni sur la composition des conseils et commissions sanitaires, ni sur le mode de désignation de leurs membres, et le rapporteur à la Chambre des députés, M. Langlet, pouvait dire que, dans tous les cas, le département serait juge du meilleur système à adopter. Mais la commission du Sénat crut nécessaire de compléter le texte originaire en formulant des règles précises touchant le nombre, la qualité et le mode de désignation des membres du Conseil départemental et des commissions sanitaires. Le rôle dévolu au Conseil général s'est ainsi trouvé restreint à cet égard dans une certaine mesure ; mais, pour n'avoir à s'exercer que dans un cadre déjà tracé quant à ses lignes générales, l'initiative laissée aux assemblées départementales n'en présente pas moins l'intérêt le plus sérieux, et nous pensons même qu'elle ne peut que gagner à ne pas se disperser sur certaines questions dès à présent résolues par la loi et dont plusieurs ne présentent qu'un intérêt purement formel.

Le Conseil général délibère en ces matières, dit l'article 20, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5 de la loi du 10 août 1871. Cet article est ainsi conçu, dans la partie visée : « Le Conseil général délibère... 5° sur tous les autres objets sur lesquels il est appelé à délibérer par les lois et règlements... » et l'article 49 ajoute : « Les délibérations prises par le Conseil général sur les matières énumérées à l'article précédent sont exécutoires, si dans le délai de trois mois à partir de la clôture de la session, un décret n'en a pas suspendu l'exécution. » Ce régime est celui des délibérations que la langue du droit administratif qualifie le plus souvent de « décisions ordinaires » ; ces décisions ne sont pas soumises à l'approbation administrative, et sont exécutoires par elles-mêmes, après l'expiration d'un délai de trois mois ; mais au cours de ce délai, l'exécution peut en être suspendue par un décret motivé, qui d'ailleurs ne doit pas être rendu en Conseil d'Etat : enfin la suspension peut être prononcée non seulement pour violation de la loi ou d'un règlement, mais encore et suivant l'appréciation souveraine de l'administration, pour simple inopportunité de la mesure prise par l'assemblée départementale. En pratique, dans notre matière, il est évident qu'on aura peu d'occasions de suspendre pour inopportunité des délibérations qui seront précisément prises en exécution de la loi, mais cela pourrait arriver cependant si telle de ces délibérations improvisait des prescriptions qui ne sembleraient pas utiles à la bonne application des textes envisagés ; c'est plutôt à l'égard de délibérations qui violeraient la loi, et notamment qui ne seraient pas conformes, en ce qui concerne l'organisation des conseils et commissions sanitaires, aux dispositions des paragraphes 3, 4, 5, 6 et 7 de l'article 20, que pourrait intervenir la sanction prévue par l'article 49 de la loi du 10 août 1871 ; dans cette hypothèse, un décret simple interviendrait pour prononcer la suspension encourue, et cette mesure ayant une durée indéfinie, un deuxième décret, en forme de règlement d'administration publique, pourrait organiser le service sur d'autres bases par application du paragraphe 2 de l'article 20 de la loi qui nous occupe, comme si le Conseil général n'avait pas statué.

Enfin, c'est « après ouï du « Conseil départemental d'hygiène » que le Conseil général doit être appelé à délibérer. Le Conseil d'hygiène dont il est ici question est évidemment le Conseil actuel, tel qu'il existe et fonctionne, en vertu du décret du 18 décembre 1848. Cette assemblée, ainsi consultée, aura le plus souvent à formuler, non pas un simple avis, mais un véritable projet d'organisation du service ; toutefois l'étendue de sa participation aux travaux préparatoires pourra varier suivant les départements. Sous cette réserve, le principe de cette intervention est absolu, et il ne paraît pas douteux que la délibération du Conseil général serait entachée d'un vice qui l'exposerait à la suspension si elle n'avait pas été précédée d'une consultation du Conseil d'hygiène départemental.

Ces considérations générales exposées, nous devons passer à l'examen détaillé des prescriptions du premier paragraphe de l'article 20.

C'est, d'une façon générale, aux termes de ce paragraphe, sur *l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département*, qu'est appelée à délibérer l'assemblée départementale, et la généralité de cet objet ne saurait être restreinte, par l'énonciation qui suit, aux seuls objets de cette énonciation, ainsi qu'en témoigne le mot « notamment » qui la précède.

Cependant, il est tout un ordre de questions sur lesquelles il ne semble pas qu'ait à s'exercer l'initiative départementale, ce sont celles que règle la loi elle-même (1), et parmi lesquelles figurent en premier rang les attributions des conseils et commissions sanitaires : non seulement elles ne sont pas comprises dans l'énumération du premier paragraphe de l'article 20, mais elles sont directement visées par l'article 21 d'après lequel « les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives ». Le Conseil général n'aura pas, en principe, à délibérer sur cet objet.

Ce qui est formellement remis à la compétence des Conseils généraux par les énonciations mêmes de la loi, c'est « notamment la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire, la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires ».

Le décret du 18 décembre 1848 décidait qu'il y aurait un Conseil d'hygiène et de salubrité au chef-lieu de chaque département et de chaque arrondissement, et que des commissions d'hygiène publique pourraient être facultativement constituées dans les chefs-lieux de canton. D'une façon générale, les commissions cantonales ne purent fonctionner d'une manière satisfaisante, là où elles furent instituées, faute d'éléments suffisants d'activité et parfois aussi de moyens d'action ; et d'autre part les conseils d'arrondissement se trouvent, par suite de l'étendue de leurs circonscriptions, dans l'impossibilité de remplir leur mission dans toute sa plénitude.

La loi nouvelle s'en remet aujourd'hui au Conseil général du soin de procéder sur ce point à la réforme de l'organisation antérieure. Elle maintient, avec de légères modifications, le Conseil d'hygiène départemental, dont la compétence doit rayonner sur l'ensemble des arrondissements ; mais elle substitue, aux anciens conseils d'hygiène d'arrondissement, des commissions sanitaires de circonscription ; enfin, en chargeant le conseil général de procéder à la division du département en un certain nombre de circonscriptions sanitaires, elle indique nettement que ces circonscriptions ne doivent pas nécessairement coïncider avec les arrondissements.

Cette prescription doit conduire, si elle est bien comprise, à réaliser une sorte de transaction entre le principe des commissions de canton et celui des conseils d'arrondissement. Elle nous paraît devoir permettre, dans les cas où la difficulté existe, de concilier les intérêts en présence, et de tenir compte, là où elles se manifestent, des nécessités locales. En dehors de l'étendue des arrondissements, qui peut rendre difficile l'examen par une seule assemblée d'affaires nombreuses concernant des communes éloignées du centre de la circonscription, diverses circonstances tenant soit à la configuration du sol, soit aux mœurs des habitants, soit aux conditions économiques différentes dans lesquelles se trouvent telles ou telles régions du territoire, pouvant justifier la division d'un même arrondissement en deux ou plusieurs circonscriptions sanitaires. Il est évident que la protection de l'hygiène publique comporte des mesures très variables, selon qu'il s'agit par exemple d'une région industrielle ou d'une région essentiellement agricole : dans l'une, l'action des autorités devra se concentrer, par la force des choses, sur l'amélioration des logements insalubres où s'entassera une population ouvrière menacée par la tuberculose, sur l'évacuation des eaux résiduaires d'usines, sur l'exécution de vastes projets d'amenée d'eau potable ou de construction d'égoûts ; dans l'autre, les causes d'insalubrité seront dispersées sur toute la surface du territoire, comme la population elle-même, par suite de certaines pratiques condamnables de la vie rurale, et la question des fumiers, la pollution des eaux d'alimentation par les matières usées ou la résistance de populations routinières à certaines mesures, comme la désinfection, devront faire le thème habituel des décisions de l'administration sanitaire. Il y aurait intérêt dans ce cas à ce que chaque région différente eût une commission sanitaire particulière, et que les membres de chacune de ces commissions puissent ainsi se spécialiser dans l'étude des problèmes d'hygiène qui rentreraient le plus directement dans l'objet habituel de leur délibération.

Toutefois, l'exposé des motifs du projet de loi formulait en notre matière un principe qui a reçu successivement l'approbation de tous les rapporteurs, c'est que « le nombre des commissions doit être aussi restreint que possible, si l'on veut leur donner une autorité suffisante et efficace ». Il y a lieu de remarquer, cependant, qu'il doit y avoir au moins une commission par arrondisse-

(1) Ou des lois antérieures, comme la loi de 1886, et le décret de 1887 sur l'organisation de l'inspection médicale des écoles (N. D. L. R).

ment, puisqu'aux termes du paragraphe 6 de l'article 30, « le sous-préfet préside la Commission ». Le même motif doit faire décider qu'une circonscription sanitaire ne pourrait pas embrasser des territoires appartenant à plusieurs arrondissements (1).

Mais une question s'est posée en ce qui concerne la Commission sanitaire de la circonscription qui comprend le chef-lieu du département. Doit-elle nécessairement être distincte du Conseil d'hygiène départemental, ou, au contraire, peut-elle être confondue avec lui, le Conseil départemental devant, dans cette hypothèse, faire fonction de commission sanitaire pour la circonscription chef-lieu ?

C'est cette dernière solution que formulait sous la législation antérieure le paragraphe 5 de l'article 4 du décret du 18 décembre 1848, aux termes duquel le Conseil départemental réunissait les attributions des conseils d'hygiène d'arrondissement à celles qui lui étaient plus particulièrement dévolues, et la même solution pourrait se prévaloir, sous l'empire de la loi nouvelle, de certaines opinions émises au cours des travaux préparatoires.

Il n'est pas douteux cependant que la loi nouvelle consacre sur ce point la solution opposée, et qu'elle prescrit l'institution d'une commission sanitaire dans la circonscription du chef-lieu du département comme dans les autres. Déjà le texte de l'article 20 peut être considéré comme suffisamment explicite à cet égard, puisqu'il ordonne « la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues *chacune* d'une commission sanitaire. » Mais les dispositions de l'article 12 ne permettent pas de conserver le moindre doute sur ce point. Aux termes de cet article, qui détermine les règles à suivre en matière d'immeubles insalubres, en vue soit de contraindre le propriétaire à des travaux d'assainissement, soit de prononcer administrativement l'interdiction d'habitation, c'est à la commission sanitaire de circonscription que doivent être soumises en premier lieu les propositons du maire ou du préfet, et c'est ensuite au conseil départemental que passera l'examen de l'affaire à un second degré, si l'avis de la commission sanitaire ne s'est pas trouvé conforme aux propositions de l'administration.

Il y a là une organisation tout à fait comparable à celle du double degré de juridiction, et l'on doit reconnaître que les propriétaires ont un droit véritable à la garantie qui en résulte pour leurs intérêts ; dès lors, toute violation des formes et des règles posées par la loi devant entraîner l'annulation des procédures irrégulières, et la non institution d'une commission sanitaire au chef-lieu de département, vicierait radicalement toutes les procédures suivies dans la circonscription de ce chef-lieu. Il sera donc indispensable d'organiser séparément la commission sanitaire de cette circonscription et le conseil d'hygiène départemental, et la nécessité de les distinguer implique évidemment celle de les composer de membres différents. C'est un point sur lequel nous reviendrons dans le paragraphe suivant.

Après la division du département en circonscriptions sanitaires, c'est, aux termes du premier paragraphe de l'article 20, sur la composition du conseil départemental hygiénique et des commissions sanitaires, que devrait délibérer le conseil général.

Mais la suite de l'article simplifie la tâche dévolue à cette assemblée.

« Le conseil hygiénique départemental, y est-il dit, se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre et de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

« Le préfet présidera le conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil.

« Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu par ses collègues, un médecin, un architecte, ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

« Le sous-préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire, chargé de rédiger les délibérations de la commission.

« Les membres des conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux, qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés. »

Quelle peut être, en présence de dispositions aussi précises, soit quant au nombre, soit quant à la qualité des membres des conseils d'hygiène ou commissions sanitaires, la part d'initiative laissée aux conseils généraux en ce qui concerne la composition de ces assemblées ? Elle est évidemment des plus restreintes. C'est à eux pourtant qu'il appartiendra de déterminer le nombre exact des membres des conseils ou commissions, dans les limites fixés par les paragraphes ci-dessus, soit entre 10 et 15 pour les conseils départementaux, entre 5 et 7 pour les commissions sanitaires. Il nous semble que les chiffres minima déterminés par ces paragraphes sont en général trop peu élevés, étant donnée la nécessité pour les préfets de nommer membres des assemblées dont il s'agit, certains fonctionnaires dont la présence au sein de ces conseils ou commissions techniques a été reconnue désirable, par exemple : les inspecteurs primaires, les inspecteurs du travail, les ingénieurs des poudres et salpêtres.

Toutefois, pour éviter d'étendre au delà du strict nécessaire le nombre des membres permanents, le conseil général n'exercera-t-il pas utilement son initiative réglementaire, en décidant que toute personne dont les connaissances spéciales ou les fonctions paraîtraient de nature à justifier la participation occasionnelle aux travaux des conseils ou commissions, pourrait être appelée à assister aux délibérations avec voix con-

(1) N. D. L. R. — Si l'on réfléchit que c'est par l'hôpital régional que s'organiseront le mieux : 1° l'isolement, 2° la désinfection, 3° les laboratoires d'analyses et d'examen, nous préciserons que là doit être en général le centre de la circonscription, et que celle-ci doit avoir dans sa commission un médecin de cet établissement, désigné par ses confrères pour sa compétence.

sultative. Le principe de cette collaboration occasionnelle a déjà été formulé, mais sous une forme trop étroite, par l'article 3 du décret du 15 février 1849 : il est d'accord avec la dernière disposition de l'article 20 dont nous nous occupons, d'après laquelle les conseils et les commissions « peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables » : il y aurait un réel intérêt à ce qu'il fût clairement formulé par les règlements départementaux du service de l'hygiène.

Dans la limite du nombre de membres assigné au conseil départemental et aux commissions sanitaires, le préfet procédera à leur nomination, sous réserve toutefois de la désignation des conseillers généraux qui doivent en faire partie par leurs collègues.

C'est au cours de la prochaine session d'août, qu'après avoir réglé les questions les plus générales soulevées par l'organisation du service, les conseils généraux devront désigner deux de leurs membres pour faire partie du conseil départemental, et un pour faire partie de chaque commission sanitaire. S'ils n'y procédaient pas en effet au cours de la session qui va s'ouvrir, ils ne pourraient le faire avant la prochaine session d'avril et il serait impossible de constituer les nouvelles assemblées techniques avant le 19 février 1902, date où la loi devient exécutoire conformément à l'article 34. Les membres des commissions sanitaires doivent être pris dans la circonscription même de ces commissions ; quant aux membres du conseil départemental, ils ne sauraient, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, se confondre avec ceux de la commission sanitaire du chef-lieu de département.

La disposition la plus importante de la loi nouvelle en ce qui concerne le mode de fonctionnement des conseils d'hygiène et commissions sanitaires est contenue dans le paragraphe 9 de l'art. 20, d'après lequel ces assemblées « ne peuvent donner leur avis, sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi, que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. »

Ce paragraphe, qui est l'œuvre de la Commission du Sénat, était ainsi justifié par le rapporteur : « Comme les attributions de ces assemblées deviendront plus importantes, comme elles seront plus souvent consultées sur des questions qui engageront les finances des communes et des particuliers, en raison directe de la fréquence des applications de la présente loi et des progrès des réformes sanitaires, nous avons pensé que leurs avis ne pouvaient être valables que si les deux tiers de leurs membres étaient présents, au moment de la délibération et du vote. C'est une garantie de plus que nous donnons à leur décision. »

C'est évidemment, comme le dit M. le rapporteur Cornil, une garantie de plus pour la bonne administration de l'hygiène publique ; mais on ne saurait perdre de vue que c'est en même temps, pour les membres des conseils et commissions sanitaires, une obligation rigoureuse de présence réelle et régulière. Faute de cette présence effective, l'action administrative se trouverait à chaque instant complètement paralysée, et l'on ne saurait trop répéter que sous le régime institué par cette disposition de la loi, l'acceptation des fonctions de membre d'une des assemblées techniques dont il s'agit emporte l'engagement de se tenir à l'entière disposition de l'administration pour lui fournir le concours le plus absolu.

Il est impossible de contester dès lors qu'une telle charge appelle une compensation, et cette compensation sur laquelle il est indispensable de s'expliquer, était d'ailleurs nommément prévue par le texte primitif de l'art. 20 actuel, qui chargeait expressément les assemblées départementales de déterminer *la valeur des jetons de présence* et de fixer *les frais de déplacement*.

Or, il est aisé de démontrer que cette prescription, bien qu'elle ait disparu du texte de l'article, n'a pas cessé d'être dans les intentions du législateur. Il suffit pour cela de laisser parler le rapporteur du projet de loi au Sénat, qui fut précisément l'auteur de la suppression des mot ci-dessus rappelés :

« La Chambre des députés avait prévu une rémunération sous la forme de jetons de présence à allouer aux membres des conseils et commissions. Elle avait inscrit dans son art. 14 : « Le Conseil général délibère sur la valeur des jetons de présence et les frais de déplacement. » Nous n'avons pas reproduit cette indication dans notre projet, mais nous reconnaissons qu'il sera indispensable de rémunérer, ne fût-ce que par un jeton de présence de cinq francs, les personnes qui ne sont pas des fonctionnaires de l'Etat ou du département. Nous laissons d'ailleurs cette appréciation aux assemblées départementales. »

Ce point est à nos yeux le plus important que les Conseils généraux aient à régler en ce qui touche au fonctionnement des conseils ou commissions sanitaires et à leurs dépenses. Nous ne voyons d'ailleurs pas pourquoi les fonctionnaires membres de ces assemblées seraient exclus du bénéfice de la rémunération envisagée, puisque les concours qu'ils prêteraient à l'administration de l'hygiène impliquerait de leur part la même charge obligatoire que de la part de leurs collègues et comporterait l'accomplissement du même service, et nous pensons, avec le rapporteur à la Chambre, M. Langlet, « qu'on ne peut pas indéfiniment demander des services à certaines catégories de personnes toujours les mêmes, sans une rétribution légère. »

Le fonctionnement des conseils et des commissions donne lieu également par la force des choses à des dépenses de frais de déplacement et d'impressions. Ces deux catégories de dépenses n'appellent pas d'explication particulière, si ce n'est la remarque qu'il convient évidemment de réduire les frais d'impressions à leur plus strict minimum. Il y a parfois de la part des assemblées techniques une tendance fâcheuse à multiplier les impressions ; on ne saurait perdre de vue que ces dépenses ne doivent être maintenues que dans la mesure où elles sont productives, c'est-à-dire où elles peuvent servir à la vulgarisation des notions d'hygiène dans les administrations et le public.

A quel chiffre pourra s'élever dans un département moyen le budget du fonctionnement du service général de l'hygiène publique, représenté par le Conseil départemental et les commissions sanitaires des circonscriptions ? Nous pensons qu'en vue de réduire à leur minimum

les charges devant résulter de ce fait pour le budget départemental, on pourrait fixer, au moins provisoirement, à 3 francs, la valeur du jeton de présence, et, dès lors, voici comment s'établiraient à cet égard les prévisionsde dépenses.

Conseils départementaux.

15 membres.		
12 personnes présentes pendant 12 séances (12 × 12 × 3)..................... Fr.	432	
Dépenses de déplacement.........	300	
	732	732

Commissions sanitaires.

7 membres.		
4 commissions par département, 6 personnes présentes pendant 12 séances (6×12×3×4).............	864	
Dépenses de déplacements (100 ×4).............................	400	
	1.264	1.264
Impressions..........		200
Total.............Fr.		2.196

Le peu d'élévation de cette dépense, aussibien que sa necessité, conduiront sans doute les Conseils généraux à inscrire dès leur prochaine session les crédits nécessaires pour y pourvoir au budget de 1903. La plupart de ces assemblées (environ 70 sur 80) votent déjà, depuis un grand nombre d'années, avec la même affectation, des sommes malheureusement trop minimes et qu'elles comprendront certainement l'utilité de relever.

Nous bornons pour cette fois nos commentaires à l'article 20 de la loi nouvelle et aux matières qui s'y rattachent nécessairement.

Ce n'est pas qu'il ne doive rester encore pour les départements d'importantes mesures à réaliser, en dehors de celles que nous avons signalées.

En premier lieu, viendrait la réorganisation du service de la vaccination qui existe et fonctionne déjà dans un grand nombre de départements, mais qui doit être nécessairement complété et généralisé, en raison de l'obligation de la vaccination aujourd'hui formulée par la loi. De même, les assemblées départementales devront pourvoir à l'organisation du service de la désinfection (art. 7) et statuer sur la création dans le département du service de contrôle et d'inspection prévu par l'art. 19. Le service actuel des épidémies devra être modifié en conséquence. Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la solution de ces questions est actuellement subordonnée, du moins dans une certaine mesure, soit à l'élaboration de règlements d'administration publique, soit à l'organisation préalable des autres services, et il serait prématuré d'en parler dès maintenant. »

L'article de M. Bluzet nous paraît pouvoir servir de base à l'étude et à la discussion, quoique les chiffres ci-dessus indiqués soient notoirement trop bas. — Nous attendons de nos lecteurs toutes les communications et tous les projets qu'il pourra suggérer. Notre prochaine assemblée générale ne saurait manquer de formuler, après ces envois, des décisions fermes et des règles de conduite. Mieux vaut prévoir et agir à temps que se croiser les bras maintenant pour se lamenter inutilement plus tard.

Dr H. Jeanne.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès International d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie. Sixième session, Grenoble 1902. — Ce Congrès s'ouvrira le 29 septembre 1902 sous la présidence du Dr Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, et durera 8 à 9 jours.

Les rapports sur les questions qui ont été posées seront distribués aux membres adhérents dès le 1er septembre. Les compagnies de chemins de fer Français ont accordé une réduction de 50 0/0 sur leurs tarifs.

Pendant la session, des excursions seront organisées pour visiter Uriage, Allevard, La Motte et des stations climatériques de montagne.

La session se terminera par une excursion à la Grande Chartreuse, à Aix-les-Bains, Salins, Moutiers, Brides.

Le prix de la cotisation est de 20 fr.

Les membres qui désirent faire des communications sont priés d'en donner le titre avant le 1er *août.*

Pour les adhésions s'adresser au professeur Fernand Berlioz, *secrétaire général,* à l'Ecole de médecine.

Une exposition sera annexée au Congrès.

Les exposants doivent s'adresser à M. Girard, 10, rue Rossini, à Paris, qui en est l'organisateur.

Faculté et hôpitaux.

Pendant la période des vacances, les bureaux du Secrétariat de la Faculté resteront ouverts tous les jours de midi à 3 heures.

Le Secrétariat sera ouvert tous les jeudis de midi à 1 heure.

M. Gaucher est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Gosset, agrégé, fera, pendant la période de vacances, un cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié. Il commencera ce cours, le mardi 5 août, à 8 h. 1/2 du matin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4831. — M. le Docteur Bayard, de Valdampierre (Oise), présenté par M. le Docteur Capron, de Chaumont-en-Vexin (Oise).

N° 4832. — M. le Docteur Carcy, de Vignory (Haute-Marne), membre du « Sou Médical » et de l'Association des médecins de la Haute-Marne.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 32 9 AOUT 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A Monsieur le Dr Amodru, membre du *Concours Médical*, Député et Conseiller Général de Seine-et-Oise, Maire de Chamarande.

Très honoré Confrère,

Le Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles, dont j'ai l'honneur d'être le Président, m'a chargé depuis longtemps déjà de vous offrir son concours le jour où se préparerait l'application en Seine-et-Oise de la loi sur la protection de la santé publique.

Il n'est pas douteux, en effet, que, pour cette tâche, comme pour l'organisation de l'assistance, on ne vous réserve, parmi vos collègues du Conseil Général, la plus grande part d'initiative et les médecins s'en félicitent d'avance.

L'assemblée départementale n'est pas encore en mesure d'aborder la discussion de tous les détails, puisque celle-ci sera nécessairement subordonnée à des règlements d'administration publique, dont on ignore la teneur. Il est donc inutile de se livrer à des échanges de vues sur des points incertains.

Mais vous me permettrez, j'en suis certain, mon cher et très honoré confrère, d'exécuter dès aujourd'hui la première partie de la mission dont m'ont chargé les camarades.

Elle se borne à vous présenter très succinctement nos vœux en ce qui concerne les questions préliminaires actuellement soumises au Conseil Général à propos des articles 19 et 20 de la loi nouvelle.

Nous pouvons les résumer ainsi :

1° *Formation des circonscriptions sanitaires.* — Quelques prescriptions que puissent formuler les futurs règlements d'administration publique, il est hors de doute que l'on ne pourra se passer des hôpitaux, grands ou petits, et qu'on aura même recours à eux de plus en plus, pour faciliter l'application des mesures hygiéniques, d'isolement, de désinfection, d'analyses et d'examens, d'observation de cas suspects, etc.

Aussi, nous paraît-il désirable qu'en Seine-et-Oise on procède, dans la constitution des circonscriptions sanitaires, par le groupement des circonscriptions hospitalières actuelles au moins autant qu'en s'inspirant des divisions de la géographie administrative. Celle-ci ne devrait guère entrer en ligne de compte que pour empêcher le rattachement d'une commune à une circonscription d'un autre arrondissement.

2° *Composition des commissions sanitaires.* — La population de notre département est assez dense, la variété des intérêts, des professions, des conditions d'existence est assez grande, les ressources des budgets sont suffisantes pour qu'il y ait lieu de faire entrer dans les commissions le nombre maximum des membres prévu par la loi, c'est-à-dire 7.

En outre du conseiller général, de l'architecte, du vétérinaire sanitaire, il y aurait lieu d'y nommer un pharmacien très expert dans les recherches chimiques, physiques, biologiques, et trois médecins, pris parmi ceux des hôpitaux de la région, et choisis à cause de leur compétence, sur présentation de leur syndicat, quand il en existe un.

Cette nécessité de plusieurs médecins découle du fait que, qu'on le veuille ou non, c'est sur le médecin que le public fera porter la responsabi-

lité, des actes des commissions. De même si nous demandons que leur choix soit fait d'après les indications de leurs confrères, c'est parce que, de cette façon seulement, ils obtiendront d'eux le concours spontané et bienveillant qu'il convient de rechercher pour l'utile fonctionnement du rouage nouveau.

Ce serait, à notre sens, faire œuvre vaine que de constituer les commissions exclusivement avec les débris des anciens conseils d'hygiène d'arrondissement. Il y avait là des habitudes d'inertie, de nominations au favoritisme, d'insouciance à l'égard des intérêts qui n'étaient pas ceux de la ville sous-préfecture, de négligence et d'incompétence même, avec lesquelles il faut rompre ostensiblement, si l'on veut que les commissions obtiennent vite l'influence, l'autorité, le crédit qu'elles ont à gagner sur le public. On ne peut le faire que par un changement de personnel. A une situation nouvelle, il faut donner le plus possible d'hommes nouveaux.

3° *Crédits nécessaires au fonctionnement des conseils et commissions.* — Comme vous le savez, et ainsi que le rappelle l'article que je vous adresse, le principe de l'indemnité suffisante à accorder aux agents d'application de la loi a été admis par le législateur, puisque les travaux parlementaires ont prévu des *frais de déplacement* et des *jetons de présence*.

C'est d'autant plus juste et plus indispensable, qu'en la matière les médecins porteront des responsabilités, encourront des mécontentements et partant des préjudices de clientèle, car le public se méfiera de celui qui sera, par devoir, l'homme de l'administration sanitaire.

Il sera donc indispensable de rémunérer convenablement tous actes de médecine administrative qui seront ultérieurement désignés et précités (vaccinations et revaccinations, inspections d'écoles ou d'autres locaux, enquêtes et rapports, etc., etc.), quel que soit le praticien auquel on les aura demandés.

Pour aujourd'hui, laissez-moi seulement spécifier que, vu les conditions onéreuses de la vie médicale en Seine-et-Oise, nous croyons que les chiffres de 5 francs par jeton de présence et cinquante centimes par kilomètre de distance pour les frais de déplacement, sont le minimum équitable à prévoir pour les Commissions sanitaires et que, par conséquent, ils ne sauraient être moindres pour le Conseil départemental.

Nous estimons que même rémunération devrait être accordée à toute personne passagèrement appelée à titre consultatif dans une séance, et que cette convocation devra être plus souvent faite par les rouages nouveaux qu'elle ne l'était par les anciens conseils.

Telles sont, très honoré confrère, les observations générales que j'ai cru devoir vous soumettre à cette heure comme étant d'opportunité bien évidente.

En vous réitérant les offres de concours du Syndicat, qui a gardé le meilleur souvenir de vos initiatives passées dans toutes les questions d'assistance, je vous prie d'agréer l'expression de nos meilleurs sentiments personnels et confraternels.

Signé : H. Jeanne,
Président du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, à Meulan (Seine-et-Oise).

Encore une fois, nous engageons nos confrères à suivre l'exemple donné par le syndicat de Versailles.

Tous les syndicats devraient adresser aux Députés qui les représentent une lettre exposant leurs desiderata sans craindre d'entrer dans les détails d'application (valeur à donner aux jetons de présence, composition des conseils, etc., etc).

Il y a là des habitudes à établir et s'il est facile d'en prendre de bonnes dès le début, rien n'est plus difficile que de les réformer quand elles sont mauvaises.

Le Conseil de Direction.

FEUILLETON

Ligue scolaire des médecins et des pères de famille

La Médecine doit-elle intervenir dans l'enseignement ?

Nous avons tous connu, n'est-ce pas, le médecin de collège, excellent homme, généralement âgé, et qui, distribuant quelques purgations et vomitifs discrets, regardait d'un œil paternel défiler devant lui des générations de bambins, dans la mémoire desquels il laissait l'impression un peu falote de quelque apothicaire, élevé, par faveur mystérieuse, au rang de Galien officiel. Personnage effacé, jouant, bien au-dessous de l'aumônier, le rôle le plus obscur dans l'Administration, jamais il ne venait à l'esprit que son ambition pût prétendre à autre chose qu'à des distributions de pilules et de cataplasmes. Les parents l'honoraient d'une estime vague ; le proviseur souriait en lui serrant la main, et plus d'un professeur enviait la sinécure de ce collègue dont toute la besogne consistait à faire tirer la langue aux potaches.

Aujourd'hui, quelques traits de ce tableau ont changé, mais le fond reste le même. Très jeune, le médecin de collège a des allures plus fringantes que son prédécesseur. La maigre rétribution, dont il jouit n'est qu'un pis-aller, accepté comme viatique, pour la dure traversée des débuts. Ce qu'il recherche au lycée, c'est la clientèle des familles, l'enfant qu'il a soigné lui étant la plus sûre des réclames. Calcul qu'excuse pleinement l'atroce situation faite aujourd'hui au médecin sans ressources par une société qui, dans l'ensemble de ses conceptions désuètes, relègue au dernier plan le soin du corps et semble ne revenir qu'à regret au noble précepte du paganisme : « *Mens sana in corpore sano* ».

Nos docteurs de lycée ne nous contrediront point. Ils ne s'irriteront point de nous entendre dire que leur rôle continue à n'être qu'une parodie du classique Diafoirus. Survienne une épidémie de variole ou de fièvre typhoïde, ils sortent un instant de leur officielle infériorité et reçoivent de l'Administration une provisoire investiture de toute-puissance. Ce qu'ils décrètent est alors écouté. Mais, passé ce moment de soudaine faveur, les voilà replongés dans le néant. On les confine à leurs ordonnances quotidiennes, et, s'ils osaient, forts de toutes les récentes acquisitions de la physiologie, réclamer une part sérieuse et persistante à l'enseignement lui-même, l'administration leur répondrait peut-être insolemment : « *Ne medicus ultra clystérium* ! »

Pourtant, il n'est guère possible aujourd'hui d'admettre qu'on puisse s'occuper de l'instruction d'un enfant, sans s'être enquis de l'idiosyncrasie de son développement physique. Le grand air, le confortable des dortoirs et des réfectoires, les sports sont des moyens de thérapeutique générale enfin admis

LA SEMAINE MÉDICALE

Sinusites frontales chroniques.

Nous avons souvent l'occasion, dans la pratique, de rencontrer des cas de sinusite frontale ancienne et nous sommes parfois embarrassés pour le choix du meilleur traitement à opposer à cette gênante maladie. M. le Dr *Baratoux* indique dans sa *Revue des maladies de la gorge et du nez*, la technique chirurgicale qu'il convient d'appliquer, d'après M. le Dr G. Killian :

1° Préparatifs de l'opération.

Après avoir fait un examen minutieux des organes internes, la veille de l'opération, on fait une injection de morphine de 0,01 cent., le matin même. On lave les fosses nasales, la cavité nasale et l'antre d'Highmore, s'il y a suppuration de ce sinus. Puis, on tamponne les fosses nasales par les parties postérieures ; il faut veiller surtout à ce que le méat moyen soit bien obstrué et on fixe ensuite le tampon au dehors. On pratique la narcose au chloroforme et l'on fait un lavage du champ opératoire avec du savon, de l'alcool et du sublimé à 1/10.000. L'œil est protégé. Les sourcils ne sont pas rasés, mais la tête est recouverte et protégée, et seules sont découvertes les parties environnantes sur lesquelles on place des linges stérilisés.

2° Opération.

Section de la peau. — Avec un bistouri bien tranchant, on sectionne la peau depuis l'extrémité externe du sourcil que l'on fend jusqu'à son extrémité interne, en suivant une ligne courbe et en longeant la racine du nez, pour descendre ensuite vers le prolongement frontal du maxillaire supérieur, en traversant le bourrelet formé par la portion nasale du muscle carré de la lèvre supérieure. L'incision atteint le niveau de l'extrémité inférieure de l'os nasal.

La section proprement dite traverse verticalement la peau jusqu'au périoste.

Il faut faire l'hémostase sans avoir recours aux ligatures.

Section du périoste de la partie supérieure parallèlement au bord supérieur de l'orbite, à une distance de 5 à 6 millimètres. La section suit une courbe qui part de l'extrémité supérieure de l'os nasal.

La section du périoste de la partie inférieure correspond à celle de la peau, c'est-à-dire exactement au milieu du prolongement frontal du maxillaire inférieur.

A la partie inférieure du grand angle de l'œil, la section s'éloigne de 5 à 6 millimètres de celle de la partie supérieure et se continue vers l'arête proprement dite du rebord supra-orbitaire.

Ouverture du sinus frontal soit au-dessus ou au-dessous de l'extrémité de la crête supra-orbitaire. Refouler le périoste avec la rugine et mettre à découvert la muqueuse du sinus frontal.

Avec la sonde, reconnaître l'étendue du sinus frontal en haut et en dehors ; se servir d'une sonde boutonnée pour passer entre la muqueuse et l'os. Autant que possible, empêcher que le pus ne vienne trop tôt sur les bords de la plaie.

Résection de la paroi antérieure du sinus. — Le périoste étant refoulé au-delà des limites fixées par le sondage, l'aide relève la peau frontale et la rétracte en même temps en haut avec un écarteur à griffes pointues. On fait un tracé au ciseau et au marteau, en suivant la section supérieure du périoste, sur le bord supérieur qui formera dans l'os le pont supra-orbitaire. La résection proprement dite se fait autant que possible avec une pince à os.

La peau étant relevée, on peut remonter très haut avec des pinces fines, puis aplanir et polir les rebords osseux et couper les cloisons.

Curetter soigneusement la muqueuse du sinus. —

---

et pratiqués, mais qui ne laissent rien préjuger du fond de la question, qui est celle-ci : « Tel enfant, soumis au régime commun du lycée, trouve-t-il, dans l'ensemble des précautions hygiéniques dont il est entouré, un remède spécial à ses tares héréditaires ou accidentelles ?

Voilà le point central de tout système d'éducation. Tant qu'on affectera, pour des raisons budgétaires ou autres de négliger le régime individuel, dont tout enfant a besoin, le magnifique aménagement de nos lycées ne sera qu'une façade, même une raillerie involontaire à l'égard de l'hygiène et du bon sens.

Pour quiconque est au courant de la physiologie infantile, les différences d'un sujet à l'autre apparaissent innombrables. Plus tard, chez l'adulte, les divergences de tempérament, de caractère et d'esprit, s'atténuent par le frottement social ou se classent en certaines catégories peu nombreuses et aisément définissables. Mais l'enfant, lui, présente la variété immense des germes qui, sensibles par leur absence même de direction définitive, aux moindres impulsions, sont capables d'une infinité de déterminations diverses, contradictoires, incalculables. D'une ébauche, si peu indiquée soit-elle, on peut déduire l'intention finale du statuaire. Mais du bloc de marbre, nu et fruste, quelles images de réalité peuvent surgir ? Ici se repose l'infini des hypothèses. De même pour l'enfant. Et ne vous semble-t-il pas que pour parvenir à découvrir chez lui, sous la mobilité incessante de son être, incapable encore de prialité précise, les indices d'une détermination ultérieure, ce n'est pas assez de l'étude la plus assidue de ses conditions physiologiques et mentales ?

Passons aux faits. Vous, directeur d'établissement scolaire, vous consentez, — contre votre gré, je le veux bien, — à admettre la durée de deux heures de classe ininterrompues de mathématiques pour des élèves de troisième (cela se pratique présentement dans nos lycées de Paris) ; mais avez-vous songé à demander au docteur du lycée si, parmi les cinquante ou soixante élèves que vous soumettez à ce régime, il n'y en a pas au moins la moitié, auxquels cette exigence intensive d'attention n'est pas dangereuse et même cruelle ? Deux heures de démonstrations suivies sont déjà pour l'adulte un labeur excédant. Croyez-vous que, pour des enfants, chez qui le travail de récupération physiologique s'effectue sans doute très vite, mais qui expient cet avantage par une moindre rétention des impressions reçues, votre système d'études accumulées n'est pas une violation constante des lois les plus naturelles ? Je ne parle pas ici de la barbarie évidente qui consiste à imposer une même catégorie de travaux à des intelligences très diverses. Je ne parle pas des aptitudes. Ce que j'attaque, c'est la durée de l'effort exigé. Eh bien, tout le système universitaire est basé sur le même principe de travail intensif. Qu'arrive-t-il ? C'est qu'en vertu de la loi du moindre effort, la masse des

Visiter tous les angles et ne pas oublier la paroi postérieure du pont supra-orbitaire.

Délimiter le rebord supra-orbitaire du plancher du sinus et réséquer ce plancher. — L'opérateur se placera derrière la tête du malade et s'éclairera avec une lampe électrique frontale. Il pourrait également tourner la tête de l'opéré vers une fenêtre, de manière que la lumière tombe bien directement sur le plancher du sinus frontal. La peau frontale est rétractée en haut et le plancher du sinus est réséqué avec précaution, au moyen du marteau et du ciseau, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une ouverture suffisante. On enlève aussi tous les os jusqu'à la partie postérieure du pont supra-orbitaire.

Reséquer l'apophyse frontale du maxillaire supérieur et des parties conservées au niveau du plancher du sinus frontal. — On refoule le périoste depuis l'endroit où il a été sectionné jusqu'au bord de l'os nasal et du bord infra-orbitaire du sac lacrymal et du plafond de l'orbite. On fait ensuite dans le prolongement frontal, à la partie inférieure, une ouverture et on resèque l'os depuis cet endroit avec des pinces à os très fines, tout en ménageant la muqueuse du nez.

A la partie inférieure du grand angle de l'œil, il faut se servir du ciseau. On obtient ainsi une ouverture large du plancher du sinus frontal, puis, avec la pince d'Hartmann, on enlève toutes les parties profondes ainsi que le plancher, les parois des anfractuosités temporales et orbitaires, les cellules de l'ethmoïde, etc., ce qui se fait encore plus facilement après avoir excisé les cellules ethmoïdales.

Résection des cellules moyennes et antérieures de l'ethmoïde et des parties correspondantes du cornet moyen. — En dégageant la muqueuse nasale du prolongement du maxillaire supérieur, on tombe sur les cellules frontales. Celles-ci, ainsi que les suivantes, s'enlèvent plus facilement avec les pinces d'Hartmann et la curette tranchante ; en s'éclairant avec la lampe frontale, on doit obtenir un espace à parois lisses en rapport avec l'ouverture du sinus frontal.

L'extrémité antérieure du cornet moyen est sectionnée et l'os est dégagé, puis reséqué. Le tampon nasal doit être enlevé auparavant.

S'il est nécessaire, on pénètrera par la lamelle basale du cornet moyen dans les cellules postérieures de l'ethmoïde et dans le sinus sphénoïdal.

Formation d'un lambeau au moyen de la muqueuse nasale. — La muqueuse nasale est transpercée près du bord de l'os nasal avec un bistouri pointu. Ensuite on coupe avec le bistouri boutonné en haut et à un demi-centimètre sous la lame criblée et en descendant obliquement.

Le lambeau est retourné en dehors. Ainsi la plaie est garantie et la voie du sinus frontal reste ouverte.

3° Soins consécutifs et suture

On peut se dispenser d'employer le chloroforme. Nettoyage de la plaie avec une solution physiologique stérilisée de sel. Enlever les débris de muqueuse et les cellules et les cloisons, principalement dans les parties voisines de la racine du nez.

Insufflation d'iodoforme. — Placer un drain fenêtré en caoutchouc. Il doit aller de l'angle temporal de la plaie jusqu'à l'entrée du nez ; on le fixe au lambeau de la muqueuse au moyen de gaze introduite dans le nez.

Nettoyage des bords de la peau. — La surface de la peau et même les bords de l'incision seront lavés avec une solution de sublimé à 1/10.000. Suture avec du fil en celluloïde stérilisé.

Veiller à ce que les parties à suturer soient bien en regard les unes des autres.

Bandage. — Instiller d'abord de l'atropine dans l'œil. Recouvrir celui-ci d'un peu de gaze. Bande humide de gaze boriquée.

4° Traitement consécutif.

Coucher le malade sur le côté sain. Il ne doit

élèves n'écoute et ne retient que les leçons qui, précisément, exercent le moins ses facultés d'analyse et de raisonnement : les leçons de littérature générale, d'histoire narrative et descriptive, les expériences amusantes de chimie, les détails curieux de la physique. Le lien profond des faits, leurs dessous logiques leur échappent. Pourquoi ? Parce qu'on a voulu leur faire comprendre en deux heures ce que des savants même ont mis des jours et des mois à combiner, à éclaircir, à rédiger. Tel professeur de lycée, que je pourrais nommer, a expliqué, dans la même séance :

1° La théorie complète des opérations sur les fractions ;

2° Les théorèmes relatifs aux fractions périodiques ;

3° La conversion des fractions décimales en fractions ordinaires et réciproquement ;

4° Le retour des fractions décimales périodiques aux fractions génératrices.

Ce professeur, dont l'habileté démonstrative est hors de pair, est-il sûr, cependant, que ses élèves n'ont pas perdu leur temps à l'écouter ? Se figure-t-il, par hasard, que les notions qu'il a développées devant eux et dont la simplicité est quelquefois même le plus grand obstacle, — car l'enfant saisit plus vite une idée parfois complexe qu'il ne parvient à retenir, dans toute leur lucidité, une chaîne de raisonnements simples, — se sont transportées de son cerveau dans celui de ses élèves comme un décalque précis et ineffaçable ?

Quelle infatuation au fond de cet enseignement mécaniquement débité à l'heure et à la minute comme l'eau du réservoir Montsouris ! J'en appelle à l'expérience de nos camarades de collège. N'avoueront-ils pas que le temps passé sur les bancs de l'école leur apparaît aujourd'hui comme un dérisoire gaspillage ? Et, allant au fond de leurs plus clairs souvenirs, à quoi pensent-ils devoir attribuer ce résultat, si ce n'est à l'ignorance complète de leurs professeurs, au sujet de leurs aptitudes, de leur capacité réceptrice, de leur condition mentale, c'est-à-dire physiologique ?

S'il est vrai que la pensée — et rien, sauf un idéalisme déjà fort battu en brèche, ne servirait à démontrer le contraire — soit un produit normal, une sécrétion naturelle du cerveau, on reste frappé de stupeur en vue de l'entêtement, avec lequel on écarte de l'éducation publique tout ce qui pourrait en faire la base rationnelle, je veux dire l'étude du tempérament de l'enfant, de ses possibilités de défaillance physique et cérébrale. Le médecin, seul capable d'une telle appréciation, demeure exclu des conseils académiques. Sans lui, en dehors de lui, et de ses précieuses indications, on répartit grossièrement, ayant égard parfois à de simples convenances d'horaires, la pâtée scolaire entre des centaines d'enfants, dont pas un n'a les mêmes besoins que son voisin, les mêmes faiblesses, le même atavisme,

pas se moucher, mais essuyer les sécrétions provenant de la plaie. Changer le bandage tous les jours. Enlever le tampon nasal au deuxième jour, le drain le troisième ou le quatrième jour, enlever les sutures le quatrième ou le cinquième jour. Conserver encore le bandage protecteur pendant quelques jours et quelques nuits.

Pas de lavage du nez. Traitement consécutif avec une solution de nitrate d'argent à 2 1/2 %, mais seulement au bout de trois semaines. Badigeonner seulement les parties voisines des cavités nasales sans y pénétrer.

On procèdera de la même façon dans les cas d'opérations radicales des deux sinus frontaux. On réunira la résection de l'une à celle de l'autre. Pour la résection de la cloison intra-frontale et des cellules qui s'y trouvent, il faut soulever le pont de peau qui va de la gabelle au nez.

Il est bon de s'exercer sur le cadavre avant de pratiquer cette opération. De même, on fera bien de faire des recherches sur les cadavres macérés. Il est indispensable de connaître à fond l'anatomie du sinus frontal et de l'ethmoïde. Ces connaissances ne s'acquièrent qu'à force d'études sur les préparations.

Ceux qui emploient ce procédé peuvent promettre aux malades une guérison et cela sans trop les défigurer. Il suffira que l'opéré reste une quinzaine de jours à l'hôpital. Il faut environ dix jours pour la cicatrisation de la plaie extérieure.

Cette méthode a l'avantage de s'appliquer aux cas de tous genres, qu'il s'agisse de grands ou de petits sinus frontaux, de simples ou de compliqués.

Le massage contre l'éclampsie infantile

« Chez les enfants, dit M. le Dr M. Schumann dans la *Revue de Cinésie*, l'accès éclamptique a lieu, le plus souvent par voie réflexe, à la suite des irritations provoquées par des vers intestinaux, maux de dents, piqûres d'épingle, etc. Les médecins ayant quelqu'expérience savent bien que, parmi ces causes, celles qui donnent le plus souvent lieu à des accès éclamptiques ont pour point de départ le contenu gastro-intestinal. L'enfant, jusqu'alors bien portant, ressent subitement des douleurs abdominales, perd la connaissance et, bientôt après, se déclare l'accès éclamptique. En interrogeant les parents, on apprend, dans la majorité des cas, que l'enfant a pris des aliments en trop grande quantité, d'une digestion difficile ou de qualité suspecte. Dans les fèces, on retrouvera un noyau de fruit, un corps étranger, etc. C'est pourquoi le traitement, dans ces cas, a toujours pour but de nettoyer le tube digestif, de le débarrasser des matières qui l'encombrent et l'on administre généralement le calomel. Comme le calomel ne peut pas toujours être employé, l'enfant n'étant pas en état d'avaler, on peut recourir aux lavements, de préférence avec des subtances provoquant les mouvements péristaltiques de l'intestin. Dans ce même but, on peut employer le massage, qui donne toujours d'excellents résultats: il favorise les mouvements péristaltiques, débarrasse l'intestin des gaz et des matières fécales et a pour résultat de couper rapidement l'accès d'éclampsie. Le massage est contre-indiqué quand il existe des signes de péritonite. Quand l'accès est violent, on peut combiner le massage avec le traitement par les narcotiques.

Influence de la vaccination sur la coqueluche

M. le Dr Dietrich, de Besançon, rapporte dans la *Revue médicale de la Franche-Comté*, les très intéressantes observations qu'il a faites en Kabylie au cours de sa pratique coloniale, sur les curieux effets curatifs et prophylactiques de la vaccination.

« Une violente épidémie de coqueluche sévissait dans un village kabyle de ma circonscrip-

---

les mêmes ressources d'énergie. Consulter là-dessus un docteur, lui faire dresser un état complet, une sorte de dossier physiologique de l'enfant, nul n'y songerait. Ici, comme en d'autres cas, la paresse humaine jette sa pesanteur de plomb. Avoir à s'occuper si minutieusement de chacun de ces petits êtres, qu'en des harangués boursouflées, ministres et hommes d'Etat proclament l'avenir de la France, quel labeur écrasant ! quelle superfétation de détails et de sollicitude !

Mais, surtout, donner au docteur de lycée le pas sur le personnel enseignant, quel renversement de la hiérarchie ! Il y a là un ferment de révolution absolue qui, tôt ou tard, éclatera et rétablira l'ordre dans la classification des organes pédagogiques. Trop longtemps, le professorat s'est abstenu de voir dans l'enfant un être qu'il fallait former, non selon les règles d'un dogmatisme d'érudit, mais conformément aux exigences matérielles, palpables, mécaniques et chimiques de la nature. Le médecin, intervenant, saura dire la distribution rationnelle des heures de classes et d'études, la répartition des élèves en catégories de tempéraments et de ressources vitales, les indications que révèleront les très délicats instruments de la physiologie sur leurs coefficients respectifs de vigueur nerveuse, cardiaque ou musculaire. Dès lors, un lymphatique lent et sujet aux chloroses, ne sera pas lié sous le joug d'études trop hâtives pour lui, à des camarades dont l'involontaire rapidité de conception l'étonnera, le découragera. L'absurde concurrence, que la vanité encore plus aveugle des parents voudrait plus âpre, cessera d'annihiler la foncière tendance au travail qui existe, de par la loi naturelle, dans tout enfant, si arriéré paraisse-t-il. Chacun, dans sa voie, suivant les facilités qui lui seront tolérées, en conformité avec ses faiblesses congénitales, réalisera, non plus l'idéal imbécile d'un type commun et effacé, mais une personnalité originale, maîtresse dans son propre domaine et capable d'efforts créateurs.

Ce que le système actuel a tué, dans leurs heures les plus délicates de développement, d'hommes éminents, est incalculable.

Mais ce que la Médecine, admise enfin à sortir de son inaction en fait de pédagogie, sauverait du naufrage final, dépasserait également toute espérance.

La dépopulation intellectuelle de la France vaut bien la peine qu'on lui consacre au moins quelque peu de l'attention démesurée et d'ailleurs inefficace que l'on affecte d'attribuer par snobisme patriotique, à la dépopulation matérielle.

Dr Achille Lombard,
Ancien secrétaire de l'Administration académique.

(*Revue des hôpitaux.*)

---

tion; je vaccinai 12 enfants atteints de coqueluche en pleine période quinteuse, et 29, qui, n'ayant pas encore eu la coqueluche, paraissaient, au moment de ma visite, absolument indemnes de cette affection.

Ces vaccinations furent toutes suivies du développement de pustules vaccinales. Au bout de 21 jours, on put relever les résultats suivants.

1° *Sur les 12 coquelucheux, vaccinés* :

3 étaient guéris ;

7 étaient notablement améliorés, ayant des quintes moins fortes et moins nombreuses ;

2 ne présentaient aucun degré d'amélioration.

2° *Sur les 29 non coquelucheux, vaccinés* :

24 n'avaient pas contracté la coqueluche ;

3 en étaient atteints ;

2 avaient quitté le village, huit jours auparavant, mais étaient atteints au moment de leur départ.

Si l'on veut bien rapprocher de ces faits :

1° Qu'un certain nombre d'enfants atteints de coqueluche et non vaccinés étaient morts, dans l'intervalle, de complications broncho-pneumoniques intercurrentes ;

2° Que sur une vingtaine d'enfants qui, au moment de ma première tournée, n'avaient pas la coqueluche et avaient échappé à la vaccination, dix, au moment de ma seconde visite étaient devenus manifestement coquelucheux ;

3° Qu'en toute certitude, on ne peut attribuer à l'effet d'aucune médication les résultats que j'ai constatés ;

Il ressort avec évidence :

1° Que la vaccination paraît avoir exercé une action curative sur la coqueluche ;

2° Qu'elle semble avoir agi, également, comme conférant un certain degré d'immunité contre cette maladie.

Je ne me dissimule pas qu'avant d'en tirer des conclusions fermes, ces faits devraient être étudiés à nouveau, plus et mieux que je n'ai pu le faire, absorbé par de multiples occupations journalières, et séparé de mes malades par une quarantaine de kilomètres, qu'il fallait franchir à dos de mulet.

Tels qu'ils sont, il m'a paru intéressant de les signaler, dans la pensée qu'ils pourraient servir de base à des recherches ultérieures.

Ils confirment, dans tous les cas, les observations relevées par un certain nombre de médecins italiens, Pestalloza, Pesa, Celli, Bolognini. Je crois que ma communication a été la seule qui se soit produite en France jusqu'ici et je ne puis qu'engager mes confrères à mettre en pratique la proposition de M. Comby : « Tout enfant non vacciné, atteint de coqueluche, pourra être inoculé et l'on verra bien les résultats ».

Traitement thermal de la tuberculose.

M. le Dr *Duhourcau*, de Cauterets, préconise comme une des meilleures méthodes de traitement de la tuberculose, la cure thermale sulfureuse, la cautérisation ponctuée et les injections de sérum antituberculeux de J. Ferran.

Voici d'ailleurs ses conclusions présentées à la Société médicale des praticiens de Paris :

« Les tuberculeux peuvent être divisés en 3 catégories :

1° Ceux qui, au début de leur mal, légèrement atteints encore, peuvent guérir par l'usage seul des eaux sulfureuses administrées sous toutes les formes convenables, en boissons, gargarismes, inhalations, bains de pieds, bains généraux et douches diverses, même écossaises, que les tuberculeux supportent fort bien et avec profit ;

2° Ceux qui, plus avancés dans la marche destructive de la tuberculose, ont des lésions localisées que des révulsifs puissants améliorent ; à ceux-là, en plus du traitement thermal approprié, je n'hésite pas à appliquer des pointes de feu répétées quatre à cinq fois pendant la cure et étendues largement sur la surface à modifier ; j'ai l'intime conviction d'avoir guéri ainsi quelques tuberculeux auxquels je n'aurais pas osé promettre que les eaux seules auraient suffi à procurer la guérison, et je suis assuré d'avoir fait à beaucoup d'autres malades beaucoup plus de bien que si j'avais usé des eaux thermales seules ;

3° Enfin ceux à qui des lésions étendues, une cachexie avancée ou d'autres circonstances enlèvent bien des chances de rétablissement ; pour ceux-là, j'emploie, concurremment avec la cure sulfureuse, le sérum antituberculeux de J. Ferran. Dans plusieurs cas que je considérais comme désespérés, que je n'étais pas seul à regarder comme tels, j'ai obtenu des résultats remarquables, et pour trois au moins de mes plus récents malades, j'ose dire des guérisons de tuberculose ayant déjà produit des désordres graves et menaçant à bref délai leur existence même.

En résumé, si les eaux sulfureuses sont, à juste raison, réputées depuis des siècles comme excellentes dans la cure de la phtisie, il est permis, il est bon même, en vue d'une amélioration plus considérable ou d'une guérison plus rapide, que le malade est toujours en droit d'attendre de son médecin, il est bon d'aider et de compléter l'effet de ces eaux par de puissants auxiliaires, tels que la cautérisation ponctuée et les injections de liquides organiques ou de sérums simplement toniques, ou plus spécialement anti-tuberculeux.

M. Duhourcau insiste sur ce fait que, pour lui, le sérum de J. Ferran est un des moyens les plus efficaces connus contre la tuberculose, — que son emploi méthodique combiné avec une cure thermale appropriée lui parait être le moyen le plus sûr d'arriver à guérir une tuberculose.

Cancer du pylore.

A la même Société médicale des praticiens, M. le Dr Bilhaut, de Paris, a traité l'importante question des cancers du pylore et du duodénum.

« La question de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac, dit-il, fait chaque jour des adeptes nouveaux. Aux observations déjà publiées viennent se joindre les faits cités, dans une séance toute récente, à la Société de Chirurgie. De l'ensemble de ces travaux, il résulte que le traitement chirurgical du cancer de l'estomac est entré dans une voie féconde de progrès. On n'en est plus aujourd'hui à se demander s'il est bon, s'il est juste d'appliquer au néoplasme du pylore un traitement opératoire. Les considérations qui découlent de tous ces travaux tranchent le débat et permettent de conclure ainsi qu'il suit : Dans le cas où la dilatation de l'estomac s'accompagne de troubles généraux, d'amaigrissement, de déchéance organique mar-

quée, on doit songer à une dégénérescence maligne.

« Quand les signes de la sténose pylorique sont accompagnés d'amaigrissement, de teinte cachectique, etc., ils sont le plus communément l'indice d'un néoplasme ; quand il existe concurremment des vomissements quotidiens et surtout des vomissements mélaniques, le diagnostic devient de plus en plus certain.

« En pareil cas, la thérapeutique médicale est frappée d'impuissance et les seules chances de survie reviennent au traitement chirurgical.

« On supprimera la lésion toutes les fois qu'il sera possible d'y arriver. On fera, suivant le cas, l'abouchement de l'estomac avec le duodénum, ou bien on fermera les viscères, pour pratiquer la gastro-entéro-anastomose.

« Dans le cas où la résection de la tumeur ne sera pas jugée possible, par suite de son volume ou de son étendue, on rendra encore un service considérable au malade en se bornant à pratiquer une gastro-entéro-anastomose. L'abouchement se fera de préférence entre l'estomac et le jéjunum. Cette simple opération a permis d'assurer une survie importante à un malade cependant profondément cachectisé. »

MÉDECINE PRATIQUE

La médication tonique

Il paraîtra, peut-être, bien téméraire, d'embrasser dans un si court article le très vaste sujet de la médication tonique. Notre intention n'est pas de traiter à fond la question, mais, simplement, d'exposer nos remarques cliniques sur la médication tonique et sur les différentes manières dont elle doit être appliquée.

La médication tonique, en effet, comprend des médicaments très disparates et des poisons très dangereux tels que l'alcool, la strychnine, le phosphore, l'arsenic, la digitaline. Il faut une grande prudence dans leur administration et une bonne méthode dans leur prescription. Le désordre le plus regrettable règne, en effet, dans une foule d'esprits, à ce sujet et, c'est pour cette raison qu'on n'obtient fréquemment que des échecs.

Pour plus de méthode, nous considérerons les toniques selon l'âge du sujet.

I

Toniques de la première enfance.

Pour les nouveau-nés et les enfants jusqu'à 3 ans, les meilleurs toniques sont les toniques externes : bains salés, bains de sel marin composé, bains aromatiques et frictions aromatiques. Les médicaments doivent être évités avec soin, sauf chez les petits syphilitiques héréditaires ou contagionnés et chez les petits tuberculeux.

Les syphilitiques n'ont pas de meilleur tonique que la liqueur de Van Swieten ou le biiodure mercurique, associés aux frictions d'onguent napolitain.

Les scrofulo-tuberculeux doivent être tonifiés par les bains salés, le lait salé, l'huile de foie de morue bien purifiée et les injections de sérum chloruré sodique au phosphate de soude :

Chlorure de sodium, 7 gr.
Phosphate de soude, 1 gr.
Eau distillée stérilisée. 1.000 cc.

Quant aux rachitiques, le meilleur tonique pour eux est l'air marin et le barbotage dans le sable des plages, pendant l'été; les solutions ou sirops de biphosphate, de chlorhydro-phosphate, de lacto-phosphate de chaux, mais il faut *éviter absolument* le glycéro-phosphate, trop excitant.

II

Toniques des enfants de 3 a 12 ans.

Les meilleurs toniques des enfants en période de croissance sont : l'huile de foie de morue, l'iode, les phosphates de soude et de chaux, sous forme de lacto ou de glycéro-phosphates, l'arsenic (arséniates, cacodylates et méthyl-arsynates), les amers (écorces d'oranges, quinquina, quassia, tannin, colombo) et surtout l'hydrothérapie et la gymnastique. Les bains de mer ont quelqu'utilité chez les enfants scrofulo-tuberculeux, mais le séjour dans les montagnes est préférable pour les enfants débiles, chétifs et nerveux.

Les lotions froides, arrosages, tubs, frictions alcooliques et aromatiques ont une très grande puissance tonifiante et doivent être recommandés, sauf les cas d'affections rhumatismales et cardiaques.

Revenons un peu aux médicaments.

L'huile de foie de morue est, bien entendu, le meilleur des toniques de l'enfance ; il faut tâcher de la faire absorber par persuasion et à force de fermeté ; toutefois, *pour les estomacs débiles et réfractaires*, on peut essayer les émulsions ou les capsules ; mais, alors, la dose doit être triplée ou quadruplée pour obtenir les mêmes effets. L'huile de foie de morue brune est supérieure comme efficacité à la blonde et à la blanche, mais elle ne doit pas avoir d'odeur fécaloïde et sa transparence doit être parfaite.

A la place ou comme adjuvant de l'huile de foie de morue, on doit employer l'iode et le tannin, sous forme de *sirop iodo-tannique*, par exemple, une cuillerée à soupe, le matin à jeun ou même 2 cuillerées à soupe par jour, chez les enfants plus grands.

Viennent ensuite les arsénicaux et leurs dérivés, cacodylates et méthylarsynates, qui sont dix fois moins toxiques que les composés de l'acide arsénieux. On donne le méthylarsynate de soude à la dose de trois, quatre, cinq, six centigrammes en une seule dose, selon l'âge du sujet et, de préférence, pendant 4 jours de suite seulement, chaque semaine.

On peut, sans inconvénient, alterner les périodes d'administration de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique et du méthylarsynate de soude, mais, il faut, à tout prix, éviter le mélange de ces divers toniques, et leur administration simultanée.

Les glycérophosphates de chaux et de soude, n'ont de véritable utilité que chez les enfants faibles des os et surmenés par la croissance.

Les amers sont excellents comme stomachiques et stimulants de l'appétit ; mais il faut les prescrire en sirops ou en extraits, en évitant les teintures et les vins, toujours alcooliques et, par conséquent, préjudiciables à la santé des

enfants, surtout donnés d'une manière continue, comme le font tant de parents.

Surtout pas de kola, coca, guarana, caféine, maté, pas d'elixirs, ni de vins vieux ; pas même de fer aux enfants au-dessous de dix ans.

III.

TONIQUES DES ADOLESCENTS

L'adolescence est l'âge de la formation du jeune homme et de la jeune fille ; c'est l'âge de la chloro-anémie ; c'est l'âge des maladies infectieuses graves (scarlatine, dothiénentérie, rhumatisme, diphtérie). Il convient de réserver pour cet âge le fer et l'arsenic. Ce sont les fortifiants et les stimulants de la nutrition par excellence, cent fois préférables aux vins et aux excitants qui doivent être réservés aux convalescents de maladies graves.

Comme ferrugineux, les meilleurs sont les sels ferreux ou proto-sels (iodure, carbonate, tartrates, oxalates, citrates) : malheureusement les proto-sels sont instables et, sous l'influence de l'oxygène de l'air et de la lumière, ils se transforment en sels ferriques ; il faut donc prescrire de petites doses de protoiodure ou de protoxalate ou de sous-carbonate pour que le médicament n'ait pas le temps de s'altérer et soit renouvelé fréquemment.

La forme en sirop ou en cachets est préférable à la forme pilulaire ; toutefois, quelques préparations pilulaires doivent être conservées (protoiodure, sous-carbonate). Le citrate de fer ammoniacal, le tartrate de fer et de potasse, la teinture de Mars tartarisée sont de bonnes préparations ferriques à administrer.

La rhubarbe et le colombo peuvent être avantageusement associés au fer pour en combattre les effets constipants et dyspeptiques.

Quant aux eaux minérales ferrugineuses, elles peuvent être absorbées concurremment, pour augmenter l'effet des médicaments en pilules ou en cachets.

L'arsenic sera donné sous forme de méthylarsynate de soude à la dose de cinq à dix centigrammes en 1 dose, tous les jours, pendant 4 jours de suite chaque semaine, et de préférence sans traitement ferrugineux simultané.

Les vins et élixirs généreux, au Garus, à la kola, au maté, sont excellents pour les convalescents de fièvre graves : loin de nous la pensée d'être aussi exclusifs que plusieurs de nos confrères modernes qui se déclarent ennemis quand même et toujours du vin ou de l'alcool comme médicament. Non, l'alcool ne doit pas être banni de la thérapeutique : c'est une exagération. Mais, il doit être réservé aux maladies aiguës, soit au début, comme dans la pneumonie franche, où il rend tant de services sous forme de potion de Todd au cognac, soit au cours des infections (grippe, dothiénentérie, pneumonie) sous forme de vin de Champagne, soit au moment de la convalescence, sous forme d'élixirs ou de vin généreux de Banyuls ou de Malaga à la kola, à la coca, à l'écorce d'oranges amères, à la caféine, au maté, au guarana, au quinquina.

L'alcool ne doit pas être continué indéfiniment : 30 à 40 jours suffisent amplement. Les médecins doivent lutter avec opiniâtreté contre les abus énormes de vins médicamenteux qui se font sans ordonnances et le meilleur commencement de guerre à l'alcoolisme que pourrait faire l'Académie de médecine serait de voter l'interdiction de la vente libre des vins et élixirs médicamenteux : cela diminuerait le nombre de spécialités de ce genre et réserverait au médecin la prescription judicieuse des médicaments alcooliques. Pour plus de précision dans notre *desideratum*, nous voudrions que le vœu suivant fût unanimement voté à l'Académie.

« La vente de tout médicament alcoolique, vins, élixirs, teintures, est formellement interdite aux pharmaciens, droguistes et négociants de produits chimiques, sans ordonnance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé et ne peut être renouvelée sans une nouvelle ordonnance, au même titre que les alcaloïdes et poisons dangereux. »

Après les toniques alcooliques, et également dans les convalescences des maladies aiguës, on peut faire usage de l'hémoglobine, du jus de viande, du sucre de viande crue comprimée, de l'extrait de viande par la marmite américaine, des jaunes d'œufs et de la lécithine, de l'extrait de malt, des glycérophosphates de chaux, de soude, de fer, des sérums chlorurés phosphatés en injections hypodermiques.

IV.

TONIQUES DES ADULTES.

Chez l'adulte, de 18 ou 20 ans, à 60 ans, la liste des toniques est à peu près illimitée ; toutefois, une méthode sévère s'impose.

Tout d'abord, on doit réserver les vins et alcools aux convalescences ou aux maladies aiguës graves.

En dehors de ces cas, renonçons aux fortifiants alcooliques dont tant de personnes abusent et défendons-les avec acharnement.

Aux personnes jeunes, avant 30 ans, on peut donner du fer, mais ce tonique devint inutile peut-être même nuisible après 30 ans.

L'arsénic, au contraire (méthylarsynate de soude, cinq à vingt-cinq centigrammes, par jour) est également bon pour tous les âges, à condition de ne pas être continué plus de deux ou trois semaines, (4 jours par semaine).

Les glycérophosphates sont d'excellents toniques pour les surmenés intellectuels ; la lécithine leur paraît même supérieure, mais il vaut mieux les alterner : quinze jours, la lécithine ; quinze jours, les glycéro-phosphates.

Aux surmenés physiques, la meilleure médication tonique est l'hydrothérapie (douches et massage) ; puis, viennent, par ordre de valeur, le suc de viande crue, les jus et extraits de viande, la kola, la coca, la caféine, le quinquina, les extraits de malt, l'hémoglobine, la lécithine, les glycérophosphates et l'arsenic.

Point de vin, point de champagne : c'est un feu de paille, qui chauffe, excite, masque la fatigue et la fait oublier quelques heures, mais qui brûle, détruit et dévore l'influx nerveux, les cellules musculaires et les globules sanguins.

Rien ne vaut, d'ailleurs, pour le corps qui travaille dur, la solide et substantielle alimentation et le repos, sagement réparti : le progrès moderne exige qu'une législation protectrice, rédigée par des médecins et des hygiénistes, répartisse équitablement le travail et sa durée pour l'homme moyen et condamne impitoyablement

les exploiteurs qui surmènent l'individu et l'épuisent en quelques années, au détriment de la force du pays et de la race.

Il faut imposer la sobriété : mais, il faut aussi interdire le surmenage : on ne doit pas compter sur la force exceptionnelle de tel ou tel individu, ni sur sa bonne volonté personnelle : tout peut et doit être calculé sur l'homme moyen, dynamomètres, spiromètres, sphygmographes et uréomètres, en mains. La puissance et le développement de la mécanique doivent être largement employés pour suppléer aux excès de travail que l'on voit journellement imposés à de malheureux individus.

Nous ne pouvons clore la liste des toniques pour les adultes, sans parler de la cure d'air et de l'oxygène atmosphérique. La civilisation a créé des agglomérations urbaines qui sont le plus souvent peu favorables comme situation climatérique et hygiénique : fumées, poussières, mauvais renouvellement de l'air, défaut de propreté, tout y conspire à altérer la santé de l'homme qui travaille, même quand il est sobre, modéré et largement logé, ce qui est loin d'être fréquent. De temps en temps, une cure d'air de campagne, de mer ou mieux encore, de montagne, est indispensable pour revivifier les hématies et stimuler la nutrition engourdie. C'est là une médication tonique de première importance, qui n'est malheureusement pas applicable à une grande majorité de la population parce que les travailleurs sont trop peu persuadés de l'utilité du grand air et que les moyens de communication leur sont trop peu appropriés.

V

Toniques du vieillard

Physiologiquement, la vieillesse commence après la ménopause pour les femmes et vers 55 ou 60 ans pour les hommes ; c'est l'âge de l'artério-sclérose et des dangers cérébraux, c'est l'âge des congestions et des excès de pression intra-vasculaire : il faut s'en souvenir et éviter les toniques violents et excitants. Bien souvent, le manque de force et le besoin de tonique viennent d'une maladie chronique débutante, diabète, albuminurie et néphrite, cancer utérin, stomacal, rectal, hépatique, etc.

Avant d'administrer un tonique à l'aveuglette, il est indispensable de procéder à un examen sérieux et complet de tous les appareils, pour établir un diagnostic précis, ou tout au moins, pour ne rien laisser passer de saillant et d'apparent, car les toniques font tout le mal possible aux diabétiques, aux albuminuriques, aux cancéreux, quand on les donne au hasard. Cette vérité s'applique évidemment aussi aux adultes ou aux enfants. Avant de donner un tonique, cherchez la véritable cause de la faiblesse.

Au premier rang de la médication tonique des vieillards et des débilités séniles avant l'âge, se placent la noix vomique, la fève de Saint-Ignace et la strychnine. Excellentes chez les alcooliques débilités, elles sont également bonnes chez les vieillards à circulation retardante et à sang refroidi. La teinture de noix vomique et les gouttes amères de Baumé se prennent à la dose de six à dix gouttes par repas, le sulfate de strychnine à la dose de 0,005 par repas pendant 10 jours environ.

Chez le vieillard, le fer, l'alcool, l'hydrothérapie sont contre-indiqués. En revanche, la lécithine et les glycéro-phosphates font souvent merveille. L'extrait de malt et la levure de bière sont bons pour les diabétiques et les cancéreux ; l'arsenic (méthyl-arsinate de soude) est particulièrement bon pour les cancéreux, ainsi que les sels de quinine. Enfin, l'hémoglobine, le jus de viande, le suc de viande crue, les extraits de glandes testiculaires de béliers, les extraits de substance grise cérébrale, les extraits d'ovaires pour les femmes sont des toniques fort utiles pour lutter contre la sénilité et la cachexie hématique des vieillards.

Comme toniques spéciaux de certains organes, il faut administrer la digitale, la spartéine ou le strophantus aux cardiaques, l'iodure de potassium aux emphysémateux et aux asthmatiques, la théobromine et le régime lacté aux hyposystoliques, la strychnine et l'extrait de substance grise aux hémiplégiques ou paraplégiques, l'oxygène aux agonisants ou aux asphyxiés.

—Telle est, résumée en quelques grandes lignes, la presque totalité de la médication tonique : on peut synthétiser encore plus compréhensivement les indications de la méthode selon les âges et dire d'une manière générale que ce qui convient surtout à l'enfance, ce sont : les phosphates, l'iode et les chlorures ; aux adolescents : le fer et les amers ; aux adultes : l'arsenic, les glycérophosphates, les sucs de viande, la lécithine ; aux vieillards : les glycéro-phosphates, la strychnine et les extraits organiques. L'alcool reste un tonique spécial aux affections aiguës et à la convalescence ; l'huile de foie de morue est un tonique de tous les âges contre la phtisie et l'amaigrissement ; l'hydrothérapie est le tonique par excellence, qui n'a de contre-indications que la vieillesse et le rhumatisme chronique, dans certaines conditions.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous empruntons au *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale De la Drôme et de l'Ardèche*, l'étude suivante du Dr Rocheblave, qui vient à l'appui de nos assertions touchant la nécessité de renforcer beaucoup les études médicales au point de vue de la pratique et surtout de la chirurgie d'urgence.

La Chirurgie en dehors des grands centres

Discussion sur la communication de M. Damas. Novembre 1901.

M. Rocheblave.— La discussion sur la communication de M. Damas « La Chirurgie en dehors des grands centres », revenant encore à notre ordre du jour et personne n'étant inscrit pour prendre la parole, je me décide à vous soumettre les réflexions que m'a suggérées le travail de notre ami. Je n'en avais pas l'intention d'abord, parce que, dans notre séance du mois d'octobre, en réponse à M. Riory « Des surprises de la chirurgie abdominale d'urgence », j'avais par avance indiqué quelles étaient mes idées sur ce sujet, ensuite parce que sur la plupart des points je me trouve entièrement d'accord

avec M. Damas. Toutefois, comme en partant tous deux des mêmes principes, nous aboutissons à des conclusions non seulement différentes, mais contraires, il n'est peut-être pas inutile de reprendre pour les préciser et les compléter, certaines des propositions que je vous avais soumises.

Notre ami, M. Damas, avait d'ailleurs prévu sur quel point porterait notre désaccord, puisqu'après avoir affirmé qu'il ne voyait pas le progrès de la chirurgie dans la généralisation de cet art qui est de plus — et on ne saurait mieux dire — une science et un métier, il a joutait: «*je sais bien que cela paraîtra paradoxal et que mes allures ne peuvent faire attendre à mes amis une telle profession de foi.* »

Avec M. Damas, j'admets sans restriction que la chirurgie d'urgence doit être immédiate, faite sur place et compétente.

Mais, je me sépare nettement de lui, lorsqu'il formule dans ses conclusions le désir *que partout où cela est possible, il y ait un ou plusieurs chirurgiens strictement spécialistes, et que les malades chirurgicaux de la région passent tous par leurs mains.*

Comme moi, M. Damas a été surpris de constater combien peu la généralité des malades pouvait bénéficier des récents progrès de notre art; comme moi, il s'est étonné de voir les prescriptions médicales donner trop souvent à certains d'entre eux l'illusion d'un traitement efficace ; il s'est, à part lui, indigné plus d'une fois, du moins je l'espère, lorsque l'opération, trop longtemps différée, n'amenait plus sous le couteau qu'un moribond ; il a rêvé d'un idéal, et pour le réaliser, il nous propose de créer partout de petits centres sur le modèle des grands. En somme, tandis que nous n'avons encore que des préfets, M. Damas voudrait nous donner des sous préfets chirurgicaux.

Ce n'est pas la première fois que j'entends parler d'une organisation chirurgicale analogue à celle de nos administrations. Le juge de paix au canton, le tribunal de première instance au chef-lieu d'arrondissement, au-dessus la cour d'appel : c'est-à-dire, au village le médecin qui ouvre des abcès et arrache des dents, à la ville le praticien qui enlève les ongles incarnés, dans les grands centres le pontife qui opère. Ce serait parfait, s'il ne se produisait parfois des conflits de juridiction. Malheureusement alors, il n'est plus possible au justiciable d'interjeter appel.

Je n'hésite pas à dire que cette conception est surannée, et qu'elle doit disparaître. Il n'y aura de sécurité pour le malade que lorsque le médecin qu'il consultera sera en état de lui appliquer le véritable traitement — quel qu'il soit — que seul réclame sa maladie, et pour moi lorsqu'une opération est indiquée, c'est au médecin traitant qu'il appartient de se transformer en chirurgien. M. Damas ne voit la compétence que dans la spécialisation, elle n'existe pour moi que dans la généralisation. Je n'aurais la conscience d'être vraiment médecin que s'il m'était possible de connaître toutes les maladies et de pouvoir les traiter toutes, comme elles doivent l'être dans l'état le plus complet de la science actuelle.

Il est bien évident que, loin de faciliter notre tâche, cette conception de notre art la complique et nous fait un devoir de nous instruire sans cesse, mais aussi, au lieu de nous diminuer, elle nous élève et ne nous montre d'autres limites que celles mêmes de notre intelligence et de nos forces.

Le spécialiste existe plutôt vraiment dans l'intérêt du médecin que dans celui du malade. Il nous est un prétexte facile à avouer notre ignorance et il aura sa raison d'être tant qu'il saura ce que nous ne savons pas. Je ferai simplement remarquer qu'à diviser le corps humain en autant de parties qu'il peut exister de spécialistes, nous perdons de vue la notion de cause et nous oublions l'unité de notre organisme, qui est un individu avant d'être une juxtaposition d'organes. J'ai connu un malade soigné à la fois par trois spécialistes : laryngologie, voies urinaires, maladies cutanées. Or, sa cystite, sa laryngite, son lupus, n'étaient que les manifestations diverses de la même maladie.

Tandis que M. Damas voudrait faire avant tout du chirurgien un ouvrier, je lui voudrais, quant à moi, moins d'habileté et plus de sens clinique. Certes, la rapidité opératoire a son importance, elle est primordiale surtout dans les grandes interventions viscérales, et chez les sujets affaiblis, mais dans bien des cas il importe peu d'être opéré en cinq minutes au lieu de trois.

M. Damas m'objecte alors que le peu de science générale apprise aux écoles nous autorise à agir dans tous les cas les plus spéciaux. Je répondrai que le médecin a comme un autre sa conscience, qui lui interdit d'entreprendre toute tâche pour laquelle il ne se sent pas suffisamment préparé. J'ai dit que la chirurgie d'urgence est abordable à *tous*, mais j'ai reconnu qu'elle ne pouvait être encore pratiquée par *tout le monde*. Pourquoi ? Ayant l'habitude de la franchise, je répondrai : à cause uniquement d'une éducation insuffisante. Jusqu'à ces dernières années tout au moins, nos maîtres paraissaient préoccupés de nous enseigner plus de médecine que de chirurgie. — « Que feriez-vous en présence d'une hernie étranglée ? » demandait un jour un examinateur à un candidat. — « Monsieur je vous ferais appeler » répondit celui-ci ; il fut reçu, peut-être même avec mention. — Le peu de science apprise aux écoles n'a jamais empêché un médecin de soigner médicalement les plus graves affections, pourquoi, lui serait-il interdit de soigner chirurgicalement les plus bénignes ? La chirurgie constituerait-elle une élite, une caste fermée, une aristocratie ? Pourrions-nous manier le sthétoscope, le Pravaz, le trocart ? et le bistouri jamais ? Je me refuse à le penser. En accouchements, tout médecin fait un forceps, une version, pourquoi serait-il condamné à appliquer des vésicatoires sur des articulations tuberculeuses, sans pouvoir jamais les réséquer ?

Pourquoi cette contradiction ? Nous savons tous à quoi nous en tenir, mais personne n'ose le dire ; on ne veut nous reconnaître que le droit de tuer médicalement, parce que les morts médicales sont discrètes et hypocrites, que les morts chirurgicales, au contraire, font du bruit et surviennent au grand jour. Il nous faut avoir le courage de notre profession, et la défendre même dans ses aléas et ses défaillances. Nous ne pouvons émettre la prétention de sauver tous nos malades. Réduire la mortalité à zéro, c'est notre rêve, mais quand sera-t-il atteint ? J'ai

conscience d'avoir fait quelque bien avec mon bistouri, j'ai pu parfois peut-être faire du mal ; à coup sûr j'en ai beaucoup moins fait que d'autres, qu'une mort chirurgicale scandalise. Une attitude plus modeste leur conviendrait mieux, la terre n'est pas suffisamment muette pour ne pouvoir redire leurs exploits. Que de méfaits, par exemple, imputables à la morphine, chez les cardiaques, les rénaux, les infectés ? Lorsqu'en opérant, j'aurai occasionné autant de morts que d'autres en empêchant une opération nécessaire, j'accepterai les critiques qu'ils m'adressent.

A l'encontre de M. Damas, qui préconise le chirurgien spécialiste, c'est donc pour moi le médecin traitant qui devrait opérer, non dans tous les cas, mais le plus souvent. Il y aura toujours, disais-je, une catégorie d'opérations qui devront rester le privilège d'une élite, parce qu'elles sont trop difficiles ou parce qu'elles entraînent une responsabilité trop lourde. Il est impossible de les cataloguer, c'est l'affaire d'un chacun. Pour moi, si j'étais sourd, je ne me mêlerais point d'ausculter. Tel médecin qui se récusera pour des sutures intestinales fera très convenablement une arthrotomie.

C'est dans cette transformation du médecin traitant en médecin œuvrant que je vois pour mon compte, la solution du problème. Ce que je veux, c'est le malade opéré chez lui, par son médecin habituel. Je ne me dissimule point ce qu'une telle doctrine peut avoir de révolutionnaire, mais je n'admire l'ordre établi que dans ce qu'il a de bon. Les transformations ne sont point faites pour m'effrayer, et j'ai livré déjà bien d'autres combats. Je crois que dans ces conditions, les indications opératoires seront posées plus tôt et le seront mieux. Ce qu'il faut, c'est *suivre un malade*, il nous donne trop souvent des impressions contradictoires pour que le chirurgien qui le voit à *un moment donné*, puisse toujours, quels que soient son talent, le temps et le soin qu'il apporte à l'examiner, avoir l'impression juste. Qu'il opère ou qu'il n'opère pas, ce sont trop souvent, dans ce cas, des considérations étrangères au malade qui le décident. Que d'exemples nous pourrions citer !

L'opération exécutée dans le milieu familial, par le médecin habituel, présentée par suite comme une pratique courante, sera aussi acceptée plus tôt et plus aisément du malade et de son entourage. La clientèle considère trop encore une opération comme un acte exceptionnel et grave, que seuls quelques initiés peuvent accomplir dans le mystère de leurs cliniques. Elle en a une peur d'autant plus formidable qu'elle est confuse et irraisonnée et les personnes qui en ont le plus de crainte sont celles qui n'en ont jamais vu pratiquer. Il faut opérer utilement mais simplement, au grand jour, dans les familles, il est inutile de choisir son public, de se cacher ; le chirurgien n'est pas un malfaiteur.

Sur la question du milieu, je crois avoir tout dit en disant qu'on pouvait opérer partout. Damas rappelle l'opinion de Championnière, il conclut dans le même sens, mais il est évident qu'il est plus difficile d'opérer dans un taudis que dans une clinique nickelée. L'asepsie est partout possible, mais pour qu'elle soit constante et indépendante du milieu, il n'est pas nécessaire d'une installation spéciale il suffit qu'elle soit l'œuvre personnelle et directe du chirurgien. Dans cette chirurgie à domicile, qui par tant de côtés ressemble à la chirurgie de guerre, il faut faire tout par soi-même, il faut arriver à n'utiliser ses aides que dans les seules limites où ils sont indispensables, c'est dire que j'admets et recherche la simplification par l'instrument. Nous devrions négliger cette question de l'instrumentation, qui se réduit en somme à une question d'argent. M. Damas nous dit : « On ne peut exiger d'un praticien, bousculé par les infimes besognes de la profession, qu'il se constitue un arsenal capital mort, métal voué à la rouille, sans doute. » L'argument n'est pas sérieux : je crois, au contraire, que ce capital, pour peu que ce praticien opère, est susceptible de produire plus que du 3 %. Mais ce sont-là des questions qu'il est inutile de développer, il suffit de les indiquer.

Le médecin ainsi préparé par son éducation et ses études antérieures à opérer la majorité des cas chirurgicaux de sa pratique, aura l'avantage d'observer la maladie dès son début et de la suivre pas à pas. Il fera envisager au malade et à l'entourage la possibilité d'une opération dès que les indications en apparaîtront, il ne rencontrera ainsi ni affolement, ni résistance lorsqu'il affirmera que l'heure du bistouri est venue. Pour les hernies étranglées, par exemple — il en verra d'abord beaucoup moins, parce qu'au lieu de conseiller le bandage, il pratiquera systématiquement la cure radicale ; — il n'essaiera pas le taxis, il interviendra d'emblée, condition essentielle pour réduire à zéro la mortalité. Je sais bien qu'une réduction est possible, mais le bel avantage ! Le malade sera-t-il débarrassé de son infirmité, les accidents ne se reproduiront-ils pas ? On ne fait que proroger l'échéance, non œuvre utile, sérieuse et définitive. Dans les maladies aiguës, le plus difficile, je crois, est de choisir l'heure opportune pour opérer, et n'est-ce pas le médecin traitant qui peut le mieux la déterminer, pourvu qu'il possède une suffisante pratique chirurgicale. Nous avons tous vu des consultants de valeur se méprendre sur la gravité ou la marche d'une maladie. Dans les affections chroniques, on m'accordera, je pense, que c'est la précocité de l'intervention qui fait le pronostic.

Voilà donc l'opération décidée, et d'autant plus aisément acceptée qu'elle sera pratiquée dans le milieu familial, par le médecin habituel. Comment allons-nous la réaliser ? Nous ferons choix d'abord de la pièce du logis la mieux éclairée et la plus propre, la plus spacieuse ; devant la fenêtre la table de la cuisine recouverte d'un drap récemment lessivé. Le patient, purgé la veille, si la purgation est indiquée, la région déjà rasée, savonnée et recouverte d'un pansement antiseptique, sera endormi dans son lit, puis porté sur la table. Pendant ce temps, les cuvettes et le doucheur d'Esmarck auront été flambés, le sérum chauffé au bain-marie, les solutions préparées, les fils bouillis cinq minutes dans la solution phéniquée forte. Les instruments passés à l'étuve sont apportés dans leur boite, on peut aussi recourir au flambage ou à l'ébullition dans le carbonate de soude. Ils sont disposés dans les plateaux métalliques à portée du chirurgien ainsi que les compresses qui restent dans la marmite où elles ont bouilli. Sous l'anes-

thésie, on reprend la préparation aseptique de la région : savon, alcool, éther, permanganate de potasse, bisulfite de soude, sublimé, compresses de sublimé. Les mains de l'opérateur et de son aide subissent une préparation identique. L'aide chargé de l'anesthésie surveille aussi le sérum. Deux personnes de l'entourage, choisies parmi les plus vaillantes, maintiennent le patient, si c'est nécessaire, et dès les sutures, préparent et chauffent son lit.

Ainsi compris, les préparatifs sont longs et minutieux, le chirurgien doit, sinon tout faire, du moins tout surveiller par lui-même ; il aura à l'avance donné pour l'ébullition de l'eau les détails les plus précis. Il en faut en abondance, conservée à des températures différentes dans les récipients mêmes où elle a bouilli. Pendant l'opération, le chirurgien autant que possible fera tout par lui-même, il n'aura recours à son aide que lorsqu'il ne pourra absolument s'en dispenser. Il veillera surtout à la manipulation des fils, qui devront passer directement sur l'aiguille, ne pas traîner sur les compresses. L'aide ici est indispensable, il devra avant de toucher aux fils plonger encore ses mains dans la solution antiseptique. Pour la suture des téguments, recourir aux agrafes métalliques chaque fois qu'on le pourra. La pince revolver de Michel permet d'agir vite et d'agir seul, condition favorable, sinon nécessaire, pour éviter l'infection.

J'ai maintenant assez d'expérience de ces interventions à domicile pour affirmer que l'infection est partout évitable, elle l'est d'autant plus que les conditions défavorables où l'on opère viennent sans cesse éveiller l'attention de tous sur les dangers d'un contact septique et font redoubler de prudence et multiplier les précautions.

Evidemment, et c'est par là que je conclurai, tous nos confrères ne peuvent se rompre à cette discipline sévère. L'acte opératoire ainsi réalisé est précédé de trop de besognes infimes, il exige trop d'attention et de zèle pour que tous puissent l'accomplir d'une manière irréprochable, aussi suis-je bien d'accord avec M. Damas, qui n'envisage pas possible avant quelques cinquante années la réalisation de son idéal.

CONSULTATIONS JURIDIQUES

A Monsieur le Dr Jeanne, secrétaire général du *Sou Médical*.

Voici tous les renseignements que je puis vous donner sur l'affaire du Dr F...

Dans les expertises ordonnées au cours des instances engagées ou poursuivies par des plaideurs admis à l'assistance judiciaire, les honoraires des experts sont avancés par le Trésor. (Loi du 21 janvier 1851, art. 14. Décret du 18 juin 1811, art. 118.)

Devant les tribunaux civils et les Cours d'appel, les experts qui veulent obtenir leur paiement sur la caisse du receveur de l'Enregistrement, du montant de leurs frais et honoraires taxés, doivent, en conformité des prescriptions de l'art. 2 de l'ordonnance du 28 novembre 1838 relative à la liquidation et au paiement des frais de justice criminelle, rédiger et produire un mémoire en double exemplaire, dont un sur timbre (sauf pour les mémoires de 10 fr. et au-dessous), contenant l'indication de la date de l'admission à l'assistance judiciaire, les noms des parties, la nature de l'affaire, la date de la décision qui a ordonné l'expertise, la date de chacune des vacations de jour et de nuit employées et le nombre des myriamètres parcourus, le tout certifié, daté et signé.

Le tarif applicable fait l'objet des art. 22, 24, 90, 91 et 92 du décret du 18 juin 1811.

Chacun des exemplaires du mémoire est ensuite revêtu du réquisitoire du Procureur de la République, et de l'exécutoire délivré par le Président (art. 3 de l'ordonnance de 1838).

L'un des exemplaires (celui sur timbre) est remis par l'expert, contre le paiement du montant de l'exécutoire, au receveur de l'Enregistrement avec les pièces à l'appui, à savoir l'extrait sur papier libre du jugement ou de l'arrêt qui a commis l'expert.

Et le second est transmis par la voie du Parquet au ministre de la justice.

L'art. 5 de l'ordonnance de 1838, modifiant l'art. 149 du décret du 18 juin 1811, prononce deux déchéances contre les mémoires d'experts. La première, dans le cas où les mémoires ne sont pas présentés à la taxe dans le délai d'une année à partir de « l'époque où les frais ont été faits », époque que la Chancellerie admet être celle du dépôt du rapport, c'est-à-dire, en fait, la date de la dernière vacation.

La deuxième quand les experts laissent écouler plus de six mois, à compter du jour de la taxe de leurs mémoires, avant de se presenter chez le receveur de l'Enregistrement, pour en toucher le montant.

En résumé, c'est 18 mois à partir du dépôt du rapport, que la loi accorde aux experts pour faire taxer et toucher le montant de leurs honoraires.

Mais l'art. 9 de l'ordonnance précitée indique à l'expert, pour le cas où, malgré les précautions prises, il arriverait que, par suite de circonstances imprévues, l'une ou l'autre de ces deux déchéances fût encourue, le moyen d'en obtenir le relèvement.

Il devra, à cet effet, adresser au Garde des Sceaux une demande sur timbre à 0,60, indiquant les causes du retard qui ont provoqué la déchéance et remettre cette pétition entre les mains du Procureur de la République qui la transmettra avec ses observations au Procureur Général chargé de donner son avis avant la décision du Ministre.

M. Maller, greffier au tribunal civil de la Seine, (Traité complet de l'Exp. judiciaire, chez Marchal et Billard 1901, p. 140), auquel ces renseignements sont empruntés, ajoute que ce relèvement est généralement accordé pourvu que les pièces produites soient conformes au décret de 1811.

Le Dr F..., n'a qu'à se conformer aux prescriptions de la loi qu'il n'a pas suivies jusqu'ici et, s'il se heurte à une objection tirée de la déchéance encourue, à adresser une demande au Ministre de la justice exposant les faits.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Signé : G. Gatineau.

1er juillet 1902.

A Monsieur le Dr H. Cézilly,

L'art. 1er, § 2, de la loi du 12 janvier 1895 est ainsi conçu : « Les appointements ou traitements des employés ou commis et des fonctionnaires ne sont saisissables que jusqu'à concurrence du dixième, lorsqu'ils ne dépassent pas 2.000 fr. par an ».

La loi du 27 ventôse an IX avait édicté déjà en faveur des fonctionnaires cette disposition : « Les traitements des fonctionnaires publics et employés civils seront saisissables jusqu'à concurrence du cinquième sur les premiers mille francs, et toutes les sommes au-dessous, du quart sur les 5.000 fr. suivants, et du tiers sur la portion excédant 6.000 fr., à quelque somme qu'elle s'élève, et ce jusqu'à l'entier acquittement des créances ».

La combinaison de ces deux textes permet de déterminer la proportion dans laquelle sont saisissables les traitements des fonctionnaires, suivant leur élévation.

En ce qui concerne les médecins remplissant des services publics, la loi sur la saisie-arrêt ne s'applique que si le mode de rémunération employé à leur égard constitue un traitement.

Ainsi le tribunal civil de Narbonne du 26 mai 1897 (Sirey 98.2.182) a rendu la décision suivante : « Le médecin chargé de la constatation des décès et des autres services municipaux d'une ville, nommé par le Maire, et recevant un traitement annuel, est un employé au sens de la loi du 12 janvier 1895. En conséquence, si le traitement à lui alloué est inférieur à 2.000 fr. par an, la saisie-arrêt pratiquée sur ce traitement est soumise aux dispositions de la loi du 12 janvier 1895. Il importe peu que le médecin trouve ses principales ressources dans l'exercice de sa profession auprès de sa clientèle. » De même, le tribunal de Beauvais a rendu le 22 décembre 1899 (*Gaz. du Pal.* 1900. 1.233) le jugement suivant : « Le médecin rétribué à l'abonnement pour le service public de l'assistance médicale gratuite de plusieurs communes, dont il touche une somme inférieure à 2.000 fr. est un fonctionnaire dans le sens de l'art. 1er, § 2, de la loi du 12 janvier 1895, et par suite la saisie-arrêt pratiquée sur cette somme doit être conduite en conformité de la dite loi, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de ce que, en dehors de la dite fonction, le dit médecin peut avoir d'autres revenus. Mais la saisie-arrêt peut être pratiquée conformément au droit commun, sur les sommes dues au dit médecin par une commune, non plus à titre d'abonnement fixe, mais à titre de rétribution des visites par lui faites aux malades de l'assistance médicale. »

En faisant application des règles qui se dégagent de ces décisions aux deux situations de médecin-inspecteur des enfants du premier âge et de médecin d'un hôpital, à raison desquelles le médecin peut rentrer dans la catégorie des fonctionnaires rétribués pour l'acccomplissement de services publics, on doit conclure que la saisie-arrêt pratiquée sur le salaire de ces fonctions est valable. Si le médecin reçoit un traitement ou est payé par abonnement, la saisie-arrêt produira son effet jusqu'à concurrence du dixième lorsque le traitement ne dépassera pas 2.000 fr. par an. S'il dépasse cette somme, il y aura lieu d'appliquer la proportionnalité établie dans la loi du 21 ventose an IX. Si, au contraire, le médecin est payé à la visite et reçoit non plus un traitement, mais des honoraires ou émoluments pour chaque visite ou opération, la loi du 12 janvier 1895, n'est plus applicable et les sommes dues au médecin sont saisissables dans les termes du droit commun, c'est-à-dire pour la totalité.

Recevez l'assurance de mes sentiments distingués.

Signé : Georges Gatineau.
Avocat à la Cour de Paris.
Conseil du *Sou médical.*

1er août 1902.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Rhône.

Extrait du Bulletin du 1er juillet 1902.

La Chambre syndicale a résolu de modifier le nom de notre journal et le nom du Syndicat.

Notre organe devient le *Bulletin officiel du Syndicat des Médecins du Rhône.*

La raison de ce changement est d'éviter, par la disparition du mot « Association », toute confusion possible entre les deux Sociétés. En effet, l'Association et le Syndicat ont un but bien différent : « L'Association, c'est la bienfaisance, la charité, l'assistance entre confrères ; le Syndicat, c'est la coalition des énergies, des forces armées contre les empiètements du dehors. » (Dr Billon, Dôle, Jura).

Nous voulons celui-ci dégagé de tout ce qui peut dissimuler ou tempérer sa signification.

En 1884, lorsque l'Association créa le Syndicat, elle voulut sans doute, en accolant les deux noms, montrer qu'elle gardait son rejeton sous sa puissante protection pour assurer son existence.

Depuis, plusieurs faits ont modifié la situation.

La loi de 1892 sur l'exercice de la médecine a fait bénéficier les syndicats de médecins de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels. Nous avons actuellement une existence parfaitement légale.

L'assemblée générale du Syndicat du 22 décembre 1893 a autorisé les entrées au Syndicat sans faire partie de l'Association. Une centaine de nos adhérents sont aujourd'hui dans ce cas, et n'ont aucun lien avec l'Association.

Enfin, le Syndicat a pris un tel développement qu'il vient de dépasser numériquement l'Association.

Ces faits suffisent à motiver la suppression du mot « Association ».

Nous ajouterons ceci : il nous semble extrêmement important de faire ressortir que notre Syndicat n'est pas celui d'une chapelle ou d'une catégorie de médecins, mais celui de tous les médecins du département. Il faut qu'un seul syndicat général existe dans le Rhône et que ce syndicat soit le nôtre.

En supprimant de notre nom ce qui l'allonge

inutilement au détriment de la clarté, il nous reste le titre simple, net et dégagé d'équivoque de : *Syndicat des Médecins du Rhône*, adéquat à l'état de choses et à l'état d'esprit actuels.

D'ailleurs, nous ne demandons aucune modification dans les statuts et les rapports des deux Sociétés. Rien ne sera changé : le Syndicat poursuivra la lutte pour la vie, et l'Association conservera tout entière la considération attachée à sa fortune, à ses bonnes œuvres et à ses créations utilitaires dont le Syndicat s'honore de faire partie.

Municipalités et médecins. — M. le docteur Albertin lit la proposition suivante :

« Les membres du Syndicat des Médecins du Rhône,

« Considérant que fréquemment des postes médicaux sont affichés à la Faculté et à la porte des hôpitaux comme vacants, alors que la localité est abondamment pourvue de médecins, et que cette demande de nouveaux confrères n'est faite par les maires et les municipalités que pour exercer une sorte de pression contre les médecins déjà installés pour les obliger à accepter des tarifs réduits pour services publics, sociétés de secours mutuels, etc. ;

« Que cet affichage sur feuille d'avis revêtue du timbre de la Faculté de médecine prend alors un caractère officiel qui devrait lui être refusé, après plus ample informé dans certains cas ;

« Décident : de déléguer leur président et vice-président pour faire une démarche auprès de M. le doyen de la Faculté de médecine, à l'effet d'obtenir qu'avant d'autoriser l'affichage, après timbrage au nom de la Faculté, M. le doyen veuille bien communiquer au bureau du Syndicat les demandes de médecin pour poste vacant afin de lui permettre de donner son avis, purement consultatif d'ailleurs, sur l'opportunité de l'affichage.

« Une démarche sera faite également auprès de M. le président du conseil d'administration des hôpitaux. De plus, le Syndicat fera le nécessaire pour empêcher l'insertion de ces annonces dans les journaux de médecine et dans les journaux politiques de Lyon. »

La proposition du docteur Albertin est adoptée.

Touchant la même question, le docteur Monin communique une lettre envoyée par un confrère au *Concours médical*, 10 mai 1902 ; en voici un passage :

« Ainsi que je vous l'ai écrit, deux médecins sont venus s'établir à M..., attirés par une affiche de la Faculté. Après le départ du deuxième médecin, j'avais écrit à M. le doyen de la Faculté pour lui faire observer que le poste n'était pas sérieux. M. le doyen me répondit que, l'affiche étant revêtue de l'approbation préfectorale, il ne pouvait pas légalement se refuser à la faire placarder... »

Le *Concours médical* fait suivre la lettre de ces réflexions :

« L'*Alma mater* protège bien mal les intérêts des jeunes medecins qu'elle invite à occuper des postes véritablement intenables...

« Nous ne pouvons que mettre en garde les médecins contre ces renseignements par trop fantaisistes. »

Une demande de réduction de 50 % des honoraires médicaux. — Le docteur Bolliet fait à ce sujet un rapport que nous reproduisons en partie.

La Chambre syndicale, dit notre confrère, a reçu du capitaine X... une lettre l'invitant à faire accepter par les adhérents au Syndicat une réduction de 50 % des honoraires médicaux en faveur des membres de l'*Union fraternelle des officiers en retraite* et des parents vivant sous le même toit que ces officiers.

On peut se demander la raison qui a incité des personnes n'appartenant pas à la classe ouvrière à solliciter de nous une telle faveur.

Est-ce parce que les officiers sont des défenseurs du pays ? Mais tout le monde est défenseur du pays aujourd'hui, et si l'officier expose sa vie en temps de guerre, le médecin, qui est un soldat du devoir professionnel, l'expose aussi en cas d'épidémie, et même tous les jours en soignant des maladies contagieuses.

Serait-ce plutôt à cause du vieux préjugé qui veut que tous les médecins soient riches et puissent consacrer généreusement leur temps et leur science au bien-être de leurs concitoyens ? il faut avouer que si nos pères avaient des richesses leur permettant un pareil dévouement, la situation est bien changée à l'heure actuelle, et, pour preuve, nous allons faire quelques citations :

Dans un remarquable mémoire sur la crise médicale, le docteur Gouffier dit : « La profession médicale traverse une crise indéniable, dont sont responsables : 1° un encombrement réel de la profession ; 2° une diminution des revenus médicaux, etc., etc. »

D'après une statistique publiée dans le *Lyon médical*, 13 avril 1902, le revenu moyen annuel d'un médecin de France est de 2,759 francs.

Quant aux officiers d'infanterie en retraite, ils touchent approximativement comme pension, en y comprenant la Légion d'honneur, les campagnes, etc. : capitaine, 3,000 francs ; commandant, 4,000 francs ; colonel, 5,500 francs ; général de brigade, 7,000 francs ; général de division, 8,000 francs.

Ainsi donc, la pension d'un capitaine d'infanterie dépasse le revenu annuel d'un médecin de France.

Si nous admettions une réduction quelconque et surtout celle de 50 %, nous en ferions bénéficier des officiers dont la pension est beaucoup plus forte que le gain annuel d'un médecin.

Les officiers en retraite ne sont pas nécessairement des invalides, et ils obtiennent facilement dans les administrations publiques ou dans les entreprises privées des emplois dont la rémunération souvent élevée vient s'ajouter à leur pension.

Ils n'ont pas de patente à payer, ils ne sont pas obligés d'habiter la ville et d'avoir des frais de location ou d'autres frais généraux aussi grands que ceux des médecins.

Nous sommes assez généreux et intelligents pour diminuer le chiffre de nos honoraires quand la situation des clients le commande, et si les officiers en retraite de Lyon veulent avoir une faveur, il y aurait encore avantage pour eux à demander au Gouvernement les *soins gratuits par les médecins attachés à l'armée*.

Du reste, l'organisation d'une société d'officiers

a déjà existé à Lyon, et le docteur Albert lut à ce propos, il y a plus de vingt ans, à l'assemblée générale de l'Association des Médecins du Rhône, une communication fort intéressante dont nous allons donner un aperçu, après en avoir pris connaissance. Cette communication fut même une des raisons de la fondation du Syndicat, et valut à notre confrère le titre de vice-président.

Un pharmacien de notre ville, dans un but essentiellement patriotique, disait-il, proposa à l'autorité militaire le compromis suivant : Il ferait un rabais de tant pour cent aux officiers de la garnison, à la condition que tous prendraient leurs médicaments chez lui. Cette affaire fut acceptée, mais moyennant que le pharmacien patriote parvînt à trouver dans chaque arrondissement de la ville un pharmacien aussi patriote que lui. Ce fut chose facile, et de ce jour la fondation d'une société de secours des officiers en activité fut décrétée. Les futurs pharmaciens de cette société s'efforcèrent ensuite de recruter des médecins dans chaque arrondissement. Cette tâche fut laborieuse, mais, grâce à une obstination sans égale et à la tromperie, on finit par extorquer les signatures dont on avait besoin, et la Société des officiers en activité et retraités eut dans chaque arrondissement un service pharmaceutique et un service médical.

Ce dernier, le seul qui nous intéresse, comprenait des *médecins ordinaires*, puis des *médecins consultants extraordinaires*.

Le tarif de leurs honoraires fut établi de la manière suivante :

Médecins ordinaires : consultation dans le cabinet, 2 fr. ; visite chez le malade, 2 fr. 50 ; visite de nuit, 3 fr. 50, portée ensuite à 5 fr.

Médecins consultants : consultation de jour, 10 fr. ; consultation de nuit, 15 fr.

Sur le règlement de la Société, après cet exposé des honoraires, venait l'article additionnel suivant : « *Ce tarif restera absolument secret* », ce qui voulait dire : MM. les médecins, vous acceptez-là un tarif inavouable ; mais soyez sans crainte, personne ne le saura !

Le docteur Albert, sans blâmer ni même critiquer ses confrères, leur fit observer qu'ils n'auraient plus le droit de se plaindre de la façon dérisoire dont on les rémunérait de leurs fatigues et de leurs peines, et surtout d'attribuer leurs revers à l'accroissement constant du nombre des sociétés de secours mutuels, puisqu'ils s'empressaient d'en favoriser l'éclosion.

Après la Société des officiers, il y aurait la Société des membres de l'enseignement, la Société des magistrats, la Société des membres du clergé, la Société des fabricants ! Et cette dernière aurait autant de droit que ses voisines à l'Assistance médicale.

Le patriotisme et la logique conduisaient à des faits comme ceux-ci : un canut ou un petit épicier du coin, si vous le voulez, ayant un des siens dangereusement malade et voulant adjoindre à son médecin ordinaire un médecin consultant, il lui en coûtait la somme assez ronde de 50 francs ; un officier était pris de la même envie que le canut, cette fantaisie lui coûtait 12 fr. 50 (10 francs pour le médecin extraordinaire, 2 fr. 50 pour le médecin ordinaire).

Tout naturellement, le tarif était invariable, quel que fût le grade de l'officier et sa position de fortune, du sous-lieutenant d'infanterie prolétaire à l'officier de cavalerie prince et duc de Trois-Etoiles.

Les visites de nuit pour un colonel ou un général furent d'abord tarifées à 3 fr. 50 et ensuite à 5 francs, tandis que la ville allouait 10 francs pour les indigents.

Ce qui donnait bien la mesure du désintéressement du pharmacien patriote, c'est que le tarif pharmaceutique accordait aux officiers un rabais d'environ 10 % sur le prix ordinaire, et que le tarif médical était abaissé de 50 %.

Comme on avait dit aux médecins ordinaires et aux médecins consultants : Acceptez en principe, signez, il s'agit d'une bonne œuvre, c'est une question de patriotisme, le tarif des honoraires sera établi ultérieurement par les médecins eux-mêmes, — les révélations du docteur Albert causèrent un étonnement profond dans le corps médical, et la Société des officiers disparut.

Le Syndicat a aujourd'hui des motifs bien plus sérieux qu'autrefois de ne pas donner son appui à une nouvelle organisation de ce genre.

Si le Syndicat veut apporter quelque palliatif à l'encombrement médical, à la diminution du nombre des malades, à l'augmentation de nos charges et du coût de la vie, il a pour devoir de relever les tarifs comme on le fait dans toutes les autres professions ou métiers, au lieu de les abaisser.

Quand le Syndicat fixa de nouveaux tarifs, en 1898, il ne fut établi aucune distinction entre les diverses professions de la classe bourgeoise. Ce vote doit rester acquis et immuable.

La médecine n'est pas un sacerdoce, il faut que le médecin vive de sa profession, et les officiers en retraite pourraient obtenir, comme nous l'avons dit, les soins gratuits ou avec 50 % de rabais des médecins militaires.

Tel a été l'avis du Syndicat.

Séance du 25 *mai* 1902, par le Dr Bolliet, assesseur.

La séance est ouverte à 8 heures un quart, sous la présidence de M. Aubert.

Présents : MM. Albertin, Baurand, Bertoye, Bolliet, Bonnet, de Neuville, Carry, Cassas, Chappet père, Chatelus, Commandeur, Darmezin, Desportes, Durand, de la Croix-Rousse, Gonnet, Goujon, Grabinski, Juttet, Lépine, Monin, Mugniéry, Neyrat, Poncin, Proby, Rossigneux, Taty, et beaucoup d'autres confrères.

M. Martel s'excuse par lettre.

Le procès-verbal de la séance du 14 mai, lu par le docteur Bolliet, est adopté après quelques rectifications.

M. Bolliet est chargé des fonctions de secrétaire de la séance.

Un certificat de rhabilleur. — Un cantonnier de Lyon, victime d'un accident, s'était empressé, suivant l'habitude des bonnes gens, d'aller chez un rhabilleur. Le lendemain, il exhiba au médecin du service municipal un certificat que notre confrère, M. le professeur Augagneur, a eu l'obligeance de faire parvenir à notre président par le secrétaire de la mairie.

Comme cet écrit peut intéresser les chirurgiens au point de vue anatomo-chirurgical et que nous tenons à le conserver dans nos archi-

ves, nous le reproduisons sans en changer ni un point, ni une virgule :

Petit rhabilleur

48 ; Grande-Rue de la Croix-Rousse, 48, LYON

Se rend a domicile.

Je déclare que M. D... avait le petit os de l'avant-bras sorti de sa boîte et les nerfs sautés de leurs charnières, plus la pomme de la main descendue et le pouce déboîté et les nerfs également sautés et qu'il lui faut pour ces trois cas huit à dix jours de repos complet.

Lyon, le 9 avril 1902.

Petit.

L'autographe de l'éminent praticien est remis à notre conseil judiciaire, M. Tavernier, présent à la séance, qui répondra ultérieurement à ce sujet.

Les interventions courantes. — M. le docteur Monin, secrétaire, dit que la Chambre syndicale a assez souvent l'occasion de donner son avis pour certaines interventions journalières en quelque sorte.

REPORTAGE MÉDICAL

L'enseignement de la médecine coloniale. — La Faculté de Médecine de Bordeaux a été assez émue d'une note de la *France militaire*, reproduite récemment par la *Petite Gironde*, et annonçant que les jeunes gens qui se destinent à la médecine coloniale seraient prochainement appelés à faire leurs études à Marseille. Cette ville n'ayant pas de Faculté de Médecine, il est évident que, dans l'état actuel, il ne peut s'agir que d'une Ecole d'application analogue à celle qui fonctionne à Toulon pour la médecine de marine. Mais n'aurait-on pas l'arrière-pensée de créer plus tard une Faculté de Médecine à Marseille ce qui serait un double malheur au point de vue de la valeur générale des études médicales en France, et au point de vue de la profession médicale ?

Il serait bien temps que le Gouvernement prît enfin un parti et ne laissât pas les divers centres universitaires gaspiller et éparpiller leurs efforts pour créer des enseignements dont il peut ensuite d'un trait de plume ruiner tout l'avenir.

Que voyons-nous, en effet ? D'une part, Marseille, dont les relations sont immenses avec les pays exotiques, mais qui n'a pas de Faculté de Médecine, s'efforce d'attirer à lui l'enseignement colonial. D'autre part, Paris, subventionné par l'Indo-Chine, crée un Institut colonial avec un budget de 30,000 fr. par an ; mais on se demande en vérité si ses professeurs, si savants qu'ils soient, mais qui ne franchissent l'enceinte de la capitale que pour aller en villégiature, sont bien qualifiés pour entretenir leurs élèves de maladies qu'ils n'ont jamais vues ou de climats qu'ils n'ont jamais affrontés. Bordeaux, avec ses relations commerciales, avec sa Faculté, avec l'école principale du Service de santé de la Marine, avec ses professeurs, dont plusieurs, venus de l'armée ou de la flotte, peuvent parler avec expérience des pays d'outre-mer, avec son enseignement colonial déjà florissant, devrait être le centre définitif des études de pathologie exotique.

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nos campagnes ne sont pas sans porter des fruits. Nous avons dit que la déclaration obligatoire des maladies contagieuses serait d'autant plus gênante pour le praticien que les pouvoirs publics étaient décidés à inscrire la tuberculose parmi les maladies à déclarer. Le Congrès d'Hygiène de 1900 et l'Académie de Médecine avaient émis des vœux dans ce sens, mais, devant l'émotion légitime du corps médical, la Société de Médecine publique vient d'entendre un rapport qui conclut à ne pas inscrire la tuberculose parmi les maladies à déclarer. « Elle pense que le moment n'est pas encore venu de prendre cette décision. »

Le rapport dit aussi, et très sagement, qu'il ne faut inscrire « dans la liste des maladies transmissibles que celles absolument hors de toute contestation », et qu'il faut créer, d'autre part, « une liste des maladies dont la notification *pourrait être faite*, afin de provoquer toutes les mesures utiles de préservation familiale et sociale, et parmi lesquelles la tuberculose prendrait la première place. »

Le Comité d'Administration de l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a décidé dans ses réunions des 1er et 29 juillet, la création d'un Office de l'Internat et en a réglé l'organisation et le fonctionnement.

Cet Office constituera :

1° Pour l'Association, le siège social qui lui a manqué jusqu'ici, accessible à tous et dans toutes les circonstances touchant à l'intérêt général ou à l'intérêt particulier.

2° Pour les Internes et anciens Internes, un bureau de renseignements pour le choix des services des hôpitaux, les mutations, les remplacements, les cessions, leçons et emplois divers, etc.......

L'Office de l'Internat sera ouvert à partir du mardi 14 octobre, les mardis, jeudis et samedis de 2 heures à 5 heures, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton à Paris.

Faculté et Hôpitaux.

La chaire d'anatomie de la Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Pendant la période de vacances, au laboratoire de thérapeutique, un cours de thérapeutique pratique sera fait sous la direction de M. le Prof. Gilbert.

Les conférences commenceront le 15 septembre. Elles seront faites par MM. A. Chassevant, agrégé et P. Carnot, chef du laboratoire.

— MM. Collinet, Ball et Rabé, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 2 septembre 1902, à la clinique d'oto-rhino-laryngologie, à l'Ecole pratique de la Faculté, une série de leçons pratiques. Ces cours auront lieu tous les jours à 3 h.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination aux places d'internes en médecine vacantes le 1er mai 1903 aura lieu le lundi 15 décembre à midi.

On pourra s'inscrire au Secrétériat 3, avenue Victoria, de 11 h. à 3 h., du 3 novembre au 29 du même mois.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 33 16 AOUT 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÈZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un jugement du président MAGNAUD est toujours une bonne fortune pour le public. Nos lecteurs goûteront, tout particulièrement, la saveur de ces attendus et nous les livrons sans commentaires à leur appréciation.

Tribunal civil de Château-Thierry

Audience publique du jeudi 15 *mai* 1902.

Présidence de M. Paul Magnaud, président.

Le Tribunal...

... Attendu que G... réclame à D... une rente annuelle et viagère de 800 francs, payable par trimestre et d'avance, à raison d'une incapacité absolue et permanente de travail, qui serait la conséquence d'un accident survenu le 14 août 1901, pendant qu'il procédait à la construction d'une maison sise faubourg de Marne, à Château-Thierry ;

Attendu que D... conteste la réalité des faits et prétend que G... use de supercherie pour faire croire à un accident ;

Que l'opération chirurgicale qu'il a eu à subir serait simplement le résultat d'une maladie depuis longtemps contractée par lui ; qu'en conséquence, il ne lui doit aucune indemnité ;

Attendu que, de l'enquête à laquelle il a été procédé, il résulte que, le 14 août 1901, dans l'après-midi, G. établissait ou disloquait l'échafaudage d'une cheminée ; qu'à un moment donné, il s'est plaint à plusieurs de ses camarades d'avoir été atteint aux parties par un des madriers de cet échafaudage ;

Que si ces ouvriers n'ont rien vu, ni entendu, c'est qu'ils étaient eux-mêmes fort occupés et que le choc subi par G... s'est vraisemblablement produit par suite, non pas de la chute d'une pièce de bois, mais de son rapide glissement en pointe ;

Que d'ailleurs tous sont d'accord pour reconnaître que G..., qui auparavant ne manifestait aucune plainte, n'a cessé, à partir de ce moment-là, de donner tous les signes de la souffrance à tel point qu'il peinait beaucoup pour travailler ;

Qu'il a fait, en outre, constater à certains d'entre eux l'enflure considérable de l'un de ses testicules ;

Attendu, au surplus, que le certificat du docteur H... établit que le traumatisme dont souffrait G... est le résultat d'un coup porté au testicule ;

Que, dans ces conditions, il est manifeste que G... a bien été victime de l'accident de travail dont il se plaint et que l'idée d'une supercherie de sa part doit d'autant plus être écartée qu'il a essayé pendant plusieurs jours encore de travailler sans aviser, en aucune façon, son patron, de l'évènement douloureux, dont il avait fait part tout de suite à ses camarades ;

Que, tout particulièrement, cette dernière circonstance démontre que G... n'a pas agi en simulateur, mais au contraire, en ouvrier tout à fait ignorant des droits qu'il tient de la loi du 8 avril 1898 ;

Qu'alors même, ainsi que le prétend D..., que G... aurait eu une prédisposition spéciale à un abcès du testicule, il n'en est pas moins certain, comme l'établissent les certificats du docteur H..., notamment celui du 15 janvier 1902, que cet abcès ne serait pas survenu si, par suite

d'un accident, il n'y avait eu épanchement sanguin dans les bourses ;

Qu'au surplus, lorsqu'un accident de travail détermine chez l'ouvrier l'aggravation immédiate ou médiate d'un état pathologique quelconque qui, sans lui, aurait pu rester longtemps ou indéfiniment stationnaire, cette conséquence de l'accident doit équitablement donner droit, suivant sa gravité, aux indemnités légales, aussi bien que la perte de la vie ou de l'usage d'un membre quelconque ;

Que d'ailleurs, en s'inspirant de l'esprit philanthropique du législateur et par une sorte d'assimilation avec la loi du 6 juin 1853, sur les pensions civiles, c'est aussi bien aux infirmités ou maladies contractées dans le travail qu'aux accidents proprement dits que doit s'appliquer la loi du 9 avril 1898.

Qu'il est bien évident, en effet, que dans chacun de ces cas, la disparition ou la diminution de la capacité ouvrière d'un travailleur produit pour lui et sa famille les mêmes effets de désastreuse misère ;

Que leur réparation, sans aucune exception, est autrement intéressante que l'abaissement très relatif qui pourrait en résulter pour les gros dividendes distribués par les Compagnies d'assurances à leurs actionnaires ;

Attendu toutefois qu'en ce qui concerne, pour G..., cette diminution de capacité ouvrière, le Tribunal n'a pas actuellement les éléments nécessaires pour apprécier, à ce point de vue, les conséquences de l'accident, non plus que l'influence de ce malheureux évènement sur la santé générale de la victime.

Qu'il échet de charger un expert de les déterminer.

Par ces motifs : avant faire droit, dit que G... sera visité par le docteur médecin des Hôpitaux de Paris, qui s'acquittera de la mission ci-dessus spécifiée.

LA SEMAINE MÉDICALE

Etranglement herniaire et éther.

M. le Dr *Fréd. Souesme*, de Montargis, nous communique les deux observations suivantes, particulièrement intéressantes pour les praticiens.

Dans le 1er cas, il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, porteur d'une hernie scrotale assez volumineuse, facilement réductible en temps ordinaire et habituellement maintenue par un bandage. Dernièrement, mon client, trouvant que son bandage le gênait, s'en fut à Paris chez un bandagiste qui lui appliqua un nouveau bandage. Au retour, durant le trajet en chemin de fer, il ressentit de violentes douleurs abdominales et, en arrivant chez lui, il constata que sa hernie était sortie. Il se mit au lit et me fit appeler seulement 36 heures après. Je me trouvai en présence d'une hernie scrotale volumineuse, dure, douloureuse, et toute tentative de réduction par les moyens ordinaires resta vaine. Pas de selles depuis l'accident, absence de gaz, vomissements biliaires, pouls petit, état général mauvais. C'est alors, que j'essayai des applications d'éther. Ayant protégé les parties avoisinantes au moyen de taffetas gommé, j'appliquai sur le siège de la hernie un gâteau de ouate que j'arrosai largement d'éther. Sensation immédiate de cuisson assez intense, mais de courte durée. Toutes les 3 ou 4 minutes, j'arrosai à nouveau la compresse. Au bout de 20 minutes, j'essayai de rechef le taxis, mais sans plus de succès que la première fois. Je fis alors entrevoir à la famille, qu'une intervention chirurgicale serait probablement nécessaire — et à bref délai — et j'allai m'assurer le concours d'un confrère. Il était midi lorsque je quittai le malade, recommandant, à tout hasard, de continuer les applications d'éther. A 2 heures, mon confrère et moi, nous pûmes constater que la tumeur était moins dure, la peau moins tendue, le contenu de la hernie plus souple, plus malléable, et, à notre grande satisfaction, la hernie se réduisit presque d'elle-même.

Dès ce moment, cessation de tout vomissement, rétablissement du cours des matières et des gaz, et absence de tout accident consécutif.

La quantité d'éther employée avait été de 300 grammes.

Le second cas concerne une femme de 42 ans, qui m'avait fait appeler parce qu'elle s'était trouvée mal dans les champs et parce que ses règles s'étaient arrêtées. En examinant cette femme, je constatai la présence dans l'aine droite d'une hernie inguino-pubienne grosse environ comme un œuf. L'interrogatoire auquel je me livrai m'apprit que cette hernie existait depuis 10 ans, mais qu'on n'y avait attaché aucune importance, parce qu'elle ne se montrait que par intermittences, qu'elle n'avait jamais augmenté de volume et qu'elle rentrait d'elle-même, la malade étant couchée ; il n'y avait donc jamais eu port de bandage. A l'occasion d'un effort, cette hernie était sortie, et cette fois, elle ne semblait pas disposée à vouloir rentrer, malgré des tentatives de réduction qui durèrent bien 20 minutes. Comme c'était la nuit et assez loin dans la campagne et que l'étranglement était de date récente — 10 heures peut-être, je me contentai de prescrire 300 gr. d'éther et j'expliquai au mari, l'usage qu'il devait en faire. — Le lendemain matin, je retrouve la tumeur, mais moins volumineuse, moins dure, moins douloureuse. Les 300 gr. d'éther avaient été employés ; dans cette prévision, je m'étais muni d'une quantité égale et, pendant 20 minutes, je maintins sur la région une compresse de ouate constamment imbibée d'éther. Ces 20 minutes écoulées, je renouvelai mes tentatives de réduction qui, cette fois, furent couronnées d'un plein succès.

J'ajoute que là, comme dans le cas précédent, il y avait vomissements biliaires, douleurs abdominales, absence de selles et de gaz, et que tous ces symptômes disparurent avec la réduction de la hernie, qui, cette fois, nécessita 500 gr. d'éther, peut-être parce que l'application qui en avait été confiée la nuit au mari avait été mal faite.

— Ces deux faits m'amènent à conclure que la méthode recommandée par le Dr Fiessinger devrait entrer dans la pratique courante, et que, si elle était mieux connue et plus souvent appliquée, elle éviterait bien des interventions sanglantes, toujours ennuyeuses et non exemptes de danger.

La médication hypodermique.

Si ce n'était la pusillanimité de bien des sujets, la médication hypodermique aurait depuis longtemps détrôné les autres modes d'administration médicamenteuse.

Et cela est dû à une triple raison : la première est que les progrès de la chimie ont permis d'isoler à l'état de pureté absolue la plupart des produits, ce qui autorise dorénavant à les introduire dans l'organisme sans craindre des effets *accessoires* qui, par la voie hypodermique, devenaient immédiatement redoutables.

La seconde est que, grâce à l'expérimentation, on a pu établir pour presque tous les produits — du moins pour les plus usuels — des doses graduées de telle façon qu'on peut éviter à coup sûr la *dose insuffisante* et la *dose dangereuse* et avoir à sa disposition toute une série de *doses thérapeutiques* dont l'action est pour ainsi dire prévue d'avance, puisqu'on s'est débarrassé par ce moyen de toutes les chances d'erreur auxquelles la voie digestive expose une médication quelle qu'elle soit, de par l'instabilité de l'absorption forcément inégale dans un si long trajet, et forcément modifiée dans différents sens par toutes les réactions connues et inconnues qui se produisent en traversant tant de territoires différents.

La troisième, enfin, est que les médecins ont résolu de ménager un peu ce pauvre tube digestif, déjà si malmené par une hygiène alimentaire paradoxale, et ont compris que si le traitement des maladies consiste aussi bien à augmenter les défenses naturelles de l'organisme qu'à combattre le mal survenu, il faut autant que possible sauvegarder l'intégrité de cette série d'organes, qui sont la porte d'entrée de presque tous les renforts que nous envoyons à notre physiologie normale menacée.

La médication hypodermique, si rationnelle à ces trois points de vue, a pourtant rencontré sur sa route des obstacles dont les deux principaux sont :

1° L'effarouchement du public habitué *à tout avaler*, devant cette petite mise en scène que nécessite le maniement de la seringue de Pravaz. (Je ne parle pas de la douleur qui est nulle quand le produit n'est pas douloureux par lui-même.)

2° Les inconvénients qui pourraient survenir, entre les mains d'un médecin peu soigneux, d'une antisepsie mal faite.

Or, il est incontestable que ces deux obstacles s'abaissent progressivement et qu'on prévoit un nivellement complet à brève échéance. Le public s'habitue peu à peu à cette méthode dont il finit par comprendre la plus grande sûreté et qui a surtout pour lui, en général, l'inappréciable qualité de diminuer la longueur du traitement. D'autre part, on peut dire que se fait de plus en plus rare le médecin assez peu convaincu du rôle de l'antisepsie et de l'asepsie, pour se permettre une négligence dans la pratique de l'injection. La routine aseptique est une routine comme une autre, et l'on peut dire qu'elle s'est maintenant définitivement installée.

Ce qui n'empêche pas, bien entendu, la méthode de se perfectionner chaque jour, et bon nombre de gens intelligents d'inventer soit un procédé, soit un dispositif nouveau.

De ce nombre, sont les ampoules stérilisées, scellées à la lampe, ainsi que le flacon à deux tubulures de Clin.

(*La France médicale.*)

L'algie mastoïdienne hystérique.

M. le Dr *Georges Gellé* signale et étudie, dans les *Archiv. internat. de laryngologie et d'otologie*, une curieuse manifestation de l'hystérie sur l'oreille : la douleur mastoïdienne suraiguë, sans suppuration. Ces localisations hystériques sont rares, mais il ne faut pas les ignorer, car le diagnostic et le traitement diffèrent de ceux des mastoïdites suppurées fongueuses.

Voici, d'ailleurs, les propres conseils du Dr Gellé :

En ce qui concerne le diagnostic, dit-il, nous croyons qu'on arrivera le plus souvent, sinon toujours, à connaître la vérité, si chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un cas d'algie mastoïdienne d'allure insolite, s'écartant du type classique, des réactions habituelles, on pense à la possibilité de l'existence d'une algie hystérique. Le seul fait d'y songer rendra le diagnostic possible et facile même ; car alors on recherchera les stigmates hystériques au lieu de s'armer immédiatement de la gouge et du maillet. Le plus souvent, dans ces cas, l'état général n'impose pas une intervention immédiate, et, si l'on a la patience d'attendre un peu l'arme au bras, l'erreur sera évitée, car tous les symptômes, même les plus graves (cas de Furet), peuvent céder instantanément. Si l'on s'en rapporte, du moins, aux cas publiés jusqu'ici.

Nous le répétons, il faut penser à l'hystérie, à la possibilité d'une algie hystérique chaque fois que l'on se trouvera en présence de douleurs mastoïdiennes subites, à origine douteuse, à intensité excessive, d'allure exceptionnelle. Alors on sera frappé de l'*intensité*, presque trop forte, de la douleur spontanée, de la persistance de cette douleur et de sa *superficialité*. Quant à la douleur provoquée, elle apparaîtra *diffuse*, ne présentant pas les points d'élection classiques des mastoïdites douloureuses (pointe, base, ou bord postérieur), elle déborde la région mastoïdienne en haut, en bas, en avant, et surtout en arrière, vers la région occipitale. Mais ici, un échec est possible ; il faut, dans les cas douteux, faire son examen, pour ainsi dire en silence, sans commentaire, sans remarque ou discussion avec l'entourage, car l'éducation de la malade se fait vite, et telle qui ne réagissait pas à la pression des points d'élection le matin, réagira très nettement le soir aux points prescrits, l'éducation sera faite. La douleur provoquée est *superficielle*, elle est presqu'exclusivement cutanée, le moindre frôlement suffit à la produire, la crainte même de l'examen la provoque ; elle est quelquefois hystérogène ; elle n'a nullement les caractères de la douleur osseuse.

On l'a vue dans un cas, s'irradier dans la région cervicale et provoquer un spasme du cou qu'on aurait pu interpréter comme du torticolis auriculaire. L'absence de pus, de perforation du tympan, de bombement de la membrane, de chaleur, de gonflement ; la persistance d'un certain degré d'audition, l'absence d'abaissement des parois du conduit et surtout l'état général sans fièvre, sans anorexie, avec embon-

point conservé, sans altération des traits, une fois l'examen terminé, aideront puissamment au diagnostic. L'examen de l'audition avec constatation tantôt de l'intégrité des fonctions acoustiques, ou encore la variabilité des symptômes accusés et le résultat contradictoire des épreuves de l'ouïe amèneront à la recherche d'autres *stigmates de l'hystérie* qui manqueront rarement.

La THÉRAPEUTIQUE à opposer à de pareils accidents ne doit pas être chirurgicale. Il faut faire chez ces malades aussi peu de chirurgie que possible et laisser la grande place à la *psychothérapie*. Le moindre des désavantages d'une opération est de fixer la localisation morbide et de rendre plus difficile par la suite sa disparition. S'il y a des lésions auriculaires existantes, il faut les traiter, mais le plus sobrement possible, ne faire que l'indispensable, éviter les savantes explorations de l'attaque au stylet, les curettages, à moins d'extrême urgence. J'ai vu dans un cas l'otalgie persister tant que l'on employa une thérapeutique active pour s'éteindre d'elle-même après cessation de toute manœuvre chirurgicale. Il faut, le plus souvent, dans ces cas, s'en tenir aux lavages, aux bains d'oreille avec des solutions antiseptiques et calmantes, et éviter les explorations répétées, et surtout les commentaires. Dans quelques cas, un simulacre d'intervention chirurgicale a pu agir à titre de suggestion.

Traitement des ankyloses.

M. le Dr *P. Archambaud* a fait à l'une des dernières séances de la Société médicale des praticiens, une importante communication sur le traitement préventif et sur le traitement curatif des ankyloses. D'après lui, le traitement préventif consiste dans la mobilisation relative, prudente, mais systématique, qu'il s'agisse de rhumatisme, de phlegmons périarticulaires, de traumatismes ou de toute affection nécessitant l'immobilisation d'une articulation. L'immobilisation absolue, dans ces cas, doit être bannie de la thérapeutique moderne.

Il va même plus loin, car, dit-il, sauf dans les cas où l'ankylose est recherchée comme moyen de guérison, dans certaines tumeurs blanches, par exemple, elle devrait à tout jamais disparaître de la nomenclature chirurgicale.

Ainsi, dit-il, prenons comme exemple un malade atteint de rhumatisme aigu du genou :

Comme dans le traitement classique, nous l'immobilisons et lui appliquons les pansements et la médication habituellement usités ; mais, tous les jours, et quelquefois deux fois par jour, nous faisons exécuter au genou un mouvement, un seul, de flexion et d'extension. Ce mouvement est sans nul doute assez douloureux, il augmente même parfois un peu la fièvre et le gonflement, surtout pendant les premiers jours ; nous ajouterons qu'il peut obliger à faire rester le malade quelques jours de plus au lit ; mais lorsqu'il se lève, il peut marcher de suite en fléchissant son genou et il est très rare que la gêne dans les mouvements de flexion dure longtemps.

Si nous comparons ce traitement au traitement classique, nous constatons que nous avons laissé le malade quelques jours de plus au lit, mais aussi que jamais, avec ce système, il n'est atteint d'ankylose. N'est-il pas plus avantageux de retarder la guérison d'une semaine, par exemple, et de ne pas s'exposer à provoquer une infirmité qui persistera pendant des mois, pendant des années, et parfois même sera incurable ?

Nous avons soigné par ce procédé plus de trois cents malades atteints de rhumatisme ordinaire ou de rhumatisme blennorrhagique de diverses articulations, et, pas une seule fois, nous n'avons observé d'ankylose, ni de complications d'aucune sorte, alors que 99 0/0 des ankyloses que nous avons eu à traiter avaient été produites par l'immobilisation absolue.

Comme traitement curatif de l'ankylose, M. Archambaud préconise : 1° la rupture de l'ankylose si la soudure des os est incomplète ; 2° le massage. Voici comment il pratique :

Le but à poursuivre est la rupture définitive de l'ankylose et le retour de l'articulation à son fonctionnement normal.

La rupture se fait en un seul temps ou progressivement, mais, quelle que soit la méthode employée, la mobilité spontanée ne suit pas immédiatement l'intervention. Il reste encore à agir pendant un temps plus ou moins long, comme nous l'expliquerons tout à l'heure.

La rupture en un seul temps est le traitement le plus rapide. Elle devra être faite sous le chloroforme, sauf dans les cas, où on a affaire à une ankylose au début, alors que la soudure des surfaces articulaires ne fait que commencer et peut être détruite sans que le malade ressente une trop grande souffrance. On peut toujours essayer sans anesthésie, en prévenant auparavant le patient que si la mobilisation n'est pas possible sans cela, on sera obligé de l'endormir.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la rupture des ankyloses sous le chloroforme présente certains dangers. Nous n'avons eu jusqu'ici à déplorer aucun décès, sur plus de six cents interventions, mais on en trouve un assez grand nombre dans la littérature médicale. Au moment de la rupture, il se produit un ébranlement assez considérable du système nerveux, et si le choc n'est pas perçu par l'opéré, il n'en existe pas moins, et peut provoquer des syncopes inquiétantes, comme nous en avons observé chez sept de nos malades, qui tous, heureusement, ont repris connaissance grâce à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, ou à la faradisation des nerfs récurrents, au niveau du cou. Le tableau n'en est pas moins émouvant et il est utile d'être prévenu, pour prendre à l'avance toutes les précautions indispensables, en cas de nécessité.

Lorsque la rupture en un seul temps n'est pas acceptée par le malade, il faut recourir à la rupture progressive, en procédant de la manière que nous indiquerons plus loin, quand nous parlerons du traitement consécutif à la rupture.

La rupture progressive a le double inconvénient d'être extrêmement lente et beaucoup moins sûre. En effet, pendant toute sa durée, il peut se former de nouvelles productions osseuses qui rendront l'ankylose définitive dans les parties de l'articulation, qui n'auront pas encore été mobilisées.

Une fois la rupture de l'ankylose opérée, sous

le chloroforme ou sans chloroforme, il s'agit de ne pas la laisser se reproduire. Pour cela, tous les jours, pendant les premiers temps, on fera, sur l'articulation malade, une séance de massage, plus ou moins longue suivant la sensibilité de la région, sans que la durée de cette séance soit jamais inférieure à vingt minutes. Ce massage aura pour effet de rendre aux tissus périarticulaires leur souplesse, de faire rentrer dans la circulation générale, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, les épanchements qui auront pu se produire entre les différents éléments de ces tissus, et de guérir l'atrophie musculaire, qui succède toujours à l'immobilisation prolongée d'une articulation.

Quand le massage sera terminé, on mobilisera chaque fois l'articulation, en ayant soin de lui faire exécuter tous les mouvements dont elle est susceptible à l'état normal. Cette mobilisation devra être faite par petites secousses, c'est-à-dire que, dans la même séance, on fera faire au genou, par exemple, s'il s'agit du genou, de petits mouvements de flexion, de plus en plus étendus, jusqu'à ce qu'on arrive à la flexion complète, en imprimant, pendant chaque mouvement, de petites secousses successives. On fera la même chose pour le mouvement d'extension, auquel on arrivera, d'une façon complète également dans la même séance, et avec d'autant plus de lenteur et des mouvements moins étendus que l'articulation sera plus douloureuse.

On terminera la séance par quelques minutes de massage, pour reposer, pour ainsi dire, les tissus, qui auront été légèrement irrités par ces manœuvres.

On procèdera de la même façon pour la rupture progressive de l'ankylose chez les malades qui n'auront pas voulu se soumettre à la rupture en un seul temps. Il va sans dire que, chez eux, il sera impossible, pendant les premières séances, de produire les mouvements complets de l'articulation, et, si l'ankylose est avancée, il ne faut même pas songer à y arriver avant un temps quelquefois très long.

Au bout de huit ou quinze jours, suivant les cas, à la suite des ruptures en une seule fois, on pourra espacer de 48 heures les séances de massage et de mobilisation.

A ce traitement passif, il est indispensable d'ajouter un traitement actif qui consistera en une sorte de gymnastique appropriée à chaque cas, gymnastique que le malade pourra pratiquer chez lui, lorsqu'on lui aura indiqué les mouvements qu'il doit faire pour arriver le plus promptement possible à la guérison.

Ce que nous avons dit de l'ankylose vraie peut également s'appliquer à l'ankylose fibreuse ou ankylose périarticulaire. Le traitement est le même et la guérison est la règle.

Anesthésie générale provoquée pendant le sommeil naturel.

Peut-on provoquer l'anesthésie générale pendant le sommeil naturel ? C'est une question fort importante, au point de vue médico-légal en particulier. *M. Stone Scott* soutient l'affirmative dans le *Cleve. méd. journ.* traduct. *Gaz. des Hôp.*

D'après lui, la chose est aisée chez l'enfant, mais peut présenter quelques difficultés chez l'adulte. Paugh a publié trois observations se rapportant à des enfants de quatre à neuf ans. Le fait suivant est destiné à établir que l'anesthésie pratiquée dans de telles conditions est réalisable chez l'adulte.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, chez laquelle une intervention était indiquée pour une tumeur blanche du genou droit. Bien que l'opération ait été acceptée, la malade avait une appréhension telle qu'elle finit par s'y refuser. Quelques jours après, apprenant qu'elle avait pris un parti plus raisonnable, le chirurgien revint avec ses aides ; il trouva la malade endormie, et, recommandant le silence à son entourage, commença l'anesthésie, sans désemparer. Le chloroforme fut donné d'abord peu à peu, d'une façon progressive ; quand le stade d'excitation fit son apparition, la patiente eut un soubresaut comme pour se lever ; on la maintint en lui posant simplement la main sur l'épaule et on administra dès lors le chloroforme à la dose usuelle. L'opération fut pratiquée, la plaie pansée et l'opérée fut confiée aux soins de la garde, qui surveilla le réveil.

L'opérée, en reprenant connaissance, fut très surprise de se trouver pansée, mais ne se rappela rien de l'opération.

Un cas analogue fut également réalisé il y a quelques années dans un hôpital de Cleveland. Un élève attaché à l'hôpital trouvant un de ses collègues endormi sur le chariot à transporter les opérés, eut l'idée, en manière de plaisanterie (?), de lui administrer un peu de chloroforme. Le sommeil chloroformique succéda insensiblement au sommeil naturel, et le chloroformisateur put pousser le chariot jusqu'à l'endroit de l'hôpital où se trouvaient ses collègues et leur faire part de sa conviction, à savoir qu'on peut administrer un anesthésique à un sujet adulte endormi, sans le faire sortir de son sommeil. Stone Scott pense que ce fait ne pourrait guère se réaliser avec l'éther.

MÉDECINE PRATIQUE

Le séton et le sérum de Trunecek dans l'artério-sclérose.

Le séton est tombé dans le domaine de l'archéologie médicale et n'offre plus qu'un intérêt rétrospectif. C'est à tort, pensons-nous.

Fort prisé par Ambroise Paré, qui l'employait avec succès pour combattre les conjonctivites ; recommandé au XVIIIe siècle par les médecins du temps à tous les sujets sanguins, vertigineux, congestifs et apoplectiques, il n'est guère plus utilisé maintenant qu'en Afrique, par les tribus arabes ignorantes des derniers progrès de la science contemporaine.

Les nomades du Sahara, très exposés aux inflammations oculaires par les tourbillons de sable aveuglants soulevés par le simoun, et par la réverbération solaire, emploient, depuis un temps immémorial, d'après Clot-Bey, des petits sétons qu'ils placent au voisinage de l'orbite et surtout vers l'angle externe des paupières. Les résultats obtenus seraient excellents.

En France et, d'une façon générale, partout où la crainte du microbe est devenue le commencement de la sagesse, le séton n'existe plus.

Ceci a tué cela. Chez nous, il faut remonter à cinquante ans pour trouver le dernier apôtre convaincu du séton, qui fut le chirurgien Bouvier, également célèbre, à son époque, par ses chapeaux légendaires. Jusqu'à 1860, en effet, les otites, les conjonctivites, les pleurésies chroniques avec épanchement, les différentes affections chroniques de la vessie, de l'utérus et des articulations se voient opposer le séton. Avec un simple bistouri droit, ou bien avec une aiguille de Boyer armée d'une mèche de fil ou de coton, on établissait un véritable trajet fistuleux sous-cutané à deux ouvertures et dont la mèche, placée à demeure, amenait, puis entretenait la suppuration. L'exutoire était créé et la dérivation commençait. On opérait une métastase artificielle.

Cette méthode de traitement était alors jugée suffisamment précieuse pour que l'Académie de Médecine écoutât, en 1855, un long mémoire de Bouvier sur « un procédé simple, commode et peu douloureux d'établir et d'entretenir le séton à la nuque ».

Hameau, Davenne et Pasteur vinrent qui créèrent les microbes ; Lister suivit qui créa l'antisepsie, et le séton en mourut, pour avoir heurté de front les données modernes de l'asepsie. L'antisepsie et l'asepsie sont certainement dignes de respect et de foi, mais, pour avoir été trop vénérées, voilà que diminue, chez quelques-uns, l'adoration des premiers adeptes. Les bijoutiers continuent à percer les oreilles ; les ouvriers continuent à s'excorier les mains ; la plupart des aiguilles de Pravaz ne sont pas stérilisées avant des milliers de piqûres quotidiennes et il se produit, en somme, très peu de cas d'infection, parce que les phagocytes de Metchnikoff sont là pour défendre l'organisme et que la thérapeutique est derrière pour les seconder.

Pour ces différentes raisons, que l'on pourrait multiplier, il ne faut pas s'étonner de voir comme une tentative de résurrection de ce vieux reste de la chirurgie et de la médecine qu'est le séton. Witehead, chirurgien de l'infirmerie royale de Manchester, déclarait, l'an dernier, qu'il n'avait pas cessé de s'adresser à lui, sans le moindre accident, depuis vingt-cinq ans, dans les cas de migraines graves et rebelles qui, par lui, sont guéries rapidement et définitivement, alors que tous les autres moyens sont impuissants. Plus récemment, Fiessinger le préconisait contre les accidents sensoriels et vertigineux de l'artério-sclérose et déclarait en avoir obtenu les meilleurs résultats.

Après Fiessinger, nous avons eu recours au séton chez une vieille femme de 70 ans dont l'observation peut se résumer ainsi : artério-sclérose, cataracte double au début ; sclérose prédominante de l'appareil auditif avec légère surdité, mais surtout avec bourdonnements et suintements intenses et continuels accompagnés de vertiges, qui amènent des chutes, le jour, pendant la station debout et empêchent le sommeil la nuit. Couchée, la malade est tantôt balancée dans son lit comme par un mouvement de tangage, tantôt elle perçoit dans sa chambre des bruits, des crépitements. Elle se lève, cherche des rats sous son lit, ou bien, comme dans une hallucination cocaïnique, découd son oreiller pour y chercher, sous forme de bêtes, la cause de tous les sons et sonneries que ses oreilles croient percevoir. Le sérum de Trunecek n'ayant pas encore vu le jour, nous mettons un séton à la nuque avec une vulgaire aiguille à emballage préalablement aseptisée, dans le chas de laquelle nous avons enfilé une bandelette de toile préalablement bouillie dans de l'eau boriquée. Nous appliquons un pansement à renouveler par la malade elle-même, tous les jours, le plus antiseptiquement possible. Au bout de quatre jours, légère suppuration qui se continue les jours suivants. A la fin de la première semaine, un grand mieux est accusé. Au bout d'une quinzaine, la malade nous affirme qu'elle est guérie de ses oreilles et nous demande de la débarrasser du séton qui ne la fait pas souffrir, mais la gêne pour sa toilette. Malgré ses instances, nous le laissons encore un mois, puis nous l'enlevons.

La disparition des troubles auriculaires se maintient pendant quarante jours environ, puis réapparaissent des bourdonnements qui, d'abord légers, vont en s'accentuant. Ambroise Paré avait de même remarqué qu'une ophtalmie guérie par un séton se montre à nouveau, quand on supprime l'exutoire.

Dans l'intervalle, Trunecek ayant fait connaître la formule de son sérum, nous l'opposons, cette fois, aux troubles, dont se plaint la malade, mais avec moins de succès qu'avec le séton. A la demande de la patiente, nous appliquons un nouveau séton qui nous donne exactement la même satisfaction que le premier.

Tout le monde connaît maintenant le sérum de Trunecek. Sa formule a fait le tour de la *presse médicale*. Et il est d'autant plus inutile d'étudier ses indications et de relater les résultats obtenus que Mercklen, Léopold Lévi, Pierre Bouvier et Marmisse (de Bordeaux) ont écrit de longs articles à son sujet. Par son usage, nous sommes arrivé aux mêmes résultats que ceux rapportés par les auteurs précédents. Nous l'avons appliqué avec avantage à sept malades chez lesquels il ne s'agissait pas uniquement de troubles visuels ou auditifs et de vertiges, comme dans le cas précédemment cité. Nous avons eu en mains des artério-scléreux présentant les modalités les plus diverses : les uns atteints de céphalée et de tremblement de la tête ou des membres ; les autres se plaignant d'une parésie constatable au dynamomètre avec engourdissements et fourmillements. Un de nos malades avait de la cardiosclérose avec bruit de tôle à l'auscultation du cœur. Tous avaient de la pollakiurie.

Concurremment, nous avons eu recours au séton, en souvenir de la première malade dont nous avons rapporté ci-contre l'observation encourageante, chez cinq autres artério-scléreux.

Avec les deux méthodes de traitement simultanément mises à l'épreuve, nous avons obtenu de notables améliorations et, des comparaisons que nous avons établies, il résulte pour nous la conviction que le séton ne le cède en rien, comme effet curatif, au sérum inorganique. Si le sérum du médecin de Prague donne des résultats qui, d'après l'expérience de Léopold Lévi, semblent devoir être plus durables, le séton en donne de bien plus rapides. Chez les malades pauvres ou éloignés du domicile du médecin, le séton est moins coûteux pour le patient et moins pénible pour le médecin qu'une série d'injections hypodermiques. Enfin, il nous faut

ajouter qu'avec le séton nous n'avons jamais eu le moindre accident infectieux.

Comment agissent les deux traitements ? Trunecek pense que les sels alcalins qui composent son sérum jouent un rôle dans la solubilité des sels de chaux qui incrustent les parois des vaisseaux et qu'il aide, de la sorte, à la régénération de l'endothélium vasculaire. Les médecins français croient plutôt qu'il agit par la modification qu'il apporte dans la tension artérielle. En un mot, on est réduit à des hypothèses. Pour ce qui est du séton, son mode d'action est beaucoup plus simple à expliquer. Il agit par dérivation, comme les cautères et vésicatoires qui sont démodés, comme les abcès provoqués de Fochier qui sont en pleine vogue. Il opère, si l'on veut, par métastase, et l'on pourrait légitimer son application par l'aphorisme d'Hippocrate : *duobus laboribus, simul obortis, non eodem loco, vehementior obscurat alterum.*

Dr L. Viaud.

PRATIQUE HOSPITALIÈRE

Polyclinique obstétricale.

(M. le Pr Pinard et M. le Dr Couvelaire, chef de clinique)

Quelques cas intéressants recueillis dans la pratique journalière de la clinique d'accouchements Baudelocque :

I. — Domestique, âgée de 30 ans, secondipare, accouchée pour la première fois en 1897. Enfant venu par le siège, puis nourri au sein jusqu'a 7 mois et actuellement bien portant.

Le résultat des accouchements par le siège n'est pas toujours, il s'en faut, satisfaisant. La mortalité infantile est, d'une manière générale, notablement plus élevée pour cette présentation que pour celle du sommet. Elle atteignait autrefois, ainsi que l'accusent les anciennes statistiques, celle de Madame La Chapelle par exemple, 10 %. Aujourd'hui, la léthalité fœtale varie depuis 3,3 %, chiffre des maternités où l'accouchement est toujours surveillé, jusqu'à 33 %, chiffre des campagnes où l'intervention médicale est tardive et fait même souvent défaut.

D'ailleurs, il ne suffit pas de voir le moment de la naissance, il est nécessaire de regarder plus loin dans l'avenir de ces nouveau-nés. Or, deux circonstances principales les rendent vulnérables : l'accouchement prématuré, d'abord, si fréquent, en raison d'une insertion du placenta sur le segment inférieur, dans les présentations du siège. Les fœtus, premier point faible, ne viennent pas à terme. En outre l'enfant, quelquefois, prend mal le sein, les manœuvres nécessaires à l'extraction de la tête (les doigts du médecin introduits dans la bouche suivant le procédé de Mauriceau) entraînant facilement des blessures des gencives et de la muqueuse bucco-linguale.

Aussi, lorsque l'accoucheur, après avoir dégagé la tête, pousse un soupir de légitime satisfaction, tout n'est pas terminé. L'enfant né par le siège a besoin de soins spéciaux pour qu'il vive dans de bonnes conditions. Différentes statistiques faites en France ont montré que dans certaines villes, on rencontrait beaucoup d'infirmes dont l'histoire était identique ; ils étaient venus au monde par le siège et l'accouchement avait été pratiqué par la même sage-femme. Dans une de ces villes, on a pu relever 32 enfants de ce genre qui avaient grandi, mais restaient porteurs de torticolis persistants, de paralysies et d'atrophies brachiales, etc, causés par les manœuvres de dégagement.

Quoi qu'il en soit, chez cette femme, la grossesse actuelle est normale. Elle a cessé de travailler depuis 6 semaines. Elle a présenté malgré cela une rupture précoce des membranes, le placenta s'insérant très bas sur le segment inférieur. Si la parturiente ne s'était pas reposée, son accouchement se fût certainement fait prématurément.

II. — Femme enceinte pour la 8e fois. La première grossesse s'est terminée par un avortement de 2 mois 1/2 causé, dit-elle, par un choc assez violent sur le ventre. En réalité, il est difficile de dire aujourd'hui si l'avortement doit être rattaché au traumatisme, car nous ignorons l'état de l'œuf au moment de son expulsion prématurée, nous ne savons pas, en particulier si celui-ci n'offrait pas d'arrêt de développement.

Habituellement, l'avortement traumatique suit immédiatement l'accident. Peu de temps après le choc, la femme perd du sang puis rapidement l'œuf est chassé. En 48 heures, généralement, tout est terminé.

Les autres grossesses et le dernier accouchement n'ont présenté rien de particulier.

III. — Jeune femme ayant été atteinte à 15, 17 et 20 ans de trois crises de rhumatisme articulaire aigü. Elle offre comme conséquence une lésion mitrale notable, à la fois une insuffisance et un rétrécissement de cet orifice. Elle vient d'accoucher dans le service, sans aucun incident.

L'étude des rapports entre la grossesse et les maladies organiques du cœur présente un certain intérêt. Une femme cardiaque qui devient enceinte est-elle exposée à des complications particulières ? pourra-t-elle mener à bien sa grossesse ?

En général, grossesse et maladies du cœur s'allient sans gravité spéciale mais à une condition : qu'il n'y ait pas albuminurie. L'absence d'albumine dans les urines est l'indice d'une compensation satisfaisante de l'affection cardiaque. Dans ce cas, au moment de l'accouchement, il n'y a aucun phénomène médical, pas d'asystolie à redouter.

Il n'en est plus ainsi, évidemment, lorsque la lésion du cœur est mal compensée. La femme alors a des œdèmes, de l'essoufflement marqué, de la toux, des crachements de sang, de l'albuminurie surtout. On peut voir apparaître dans ces circonstances trois ordres d'accidents morbides : l'apoplexie pulmonaire, l'œdème aigü du poumon avec asphyxie et l'état syncopal. Les autres manifestations d'ordre asystolique sont plus rares.

La première grossesse chez notre malade s'est terminée par un accouchement avant terme. L'enfant, venu ainsi prématurément, au mois d'août, élevé par une nourrice mercenaire, est mort, cela va sans dire.

La grossesse actuelle s'achève également par une naissance à 8 mois. Même nourri au sein,

l'enfant a peu de chances de vivre et il suivra sans doute son aîné.

Il convient assurément d'incriminer l'affection cardiaque pour expliquer les deux accouchements prématurés. La mère, elle, est sortie absolument indemne de ses parturitions. Quels conseils, maintenant, allons-nous donner à cette femme ? Nous lui ferons des recommandations de deux ordres. Pour avoir un enfant vivant, elle devra faire tout le possible pour accoucher à terme. Elle y parviendra grâce au repos prolongé complet et au régime lacté ou mixte. A ce prix seulement, elle aura un nouveau-né à terme qui, avec l'allaitement maternel, pourra vivre.

Puis un jour viendra où il faudra lui conseiller... l'abstention. Un moment arrive où la femme cardiaque ne doit plus avoir d'enfants sous peine de complications graves. Si au cours d'une grossesse, la compensation n'a pas été satisfaisante, s'il y a eu albuminurie, œdèmes, toux, dyspnée, etc., la malade doit s'arrêter et il est du devoir du médecin de l'en prévenir.

IV. — Primipare accouchée en voiture. Le fait n'est pas rare ; il y a une quantité de femmes qui accouchent ainsi, en dehors de leur lit, debout ou assises, en fiacre, un peu partout, voire dans les cabinets. Ce dernier point a été contesté, certains auteurs soutenant que la position de la défécation ne permettait pas l'expulsion du fœtus. Il est cependant des femmes qui mettent au monde un enfant croyant aller à la garde-robe.

Il est exceptionnel que, dans ces conditions, le nouveau-né, même lorsqu'il tombe à terre, se blesse sérieusement. L'hémorrhagie est également très rare à moins que l'enfant ne soit en état d'asphyxie. Quant à la rupture du cordon elle se produit soit près du placenta, soit près de l'ombilic, presque jamais au milieu.

Ce genre d'accouchement provoque volontiers des actions judiciaires et soulève des questions intéressantes et difficiles de médecine légale. Le médecin est commis alors par le juge d'instruction pour dire s'il y a eu réellement accouchement par surprise (la femme déclarant par exemple être accouchée spontanément dans les lieux d'aisances) ou s'il n'y a pas eu infanticide. On apporte à l'expert un nouveau-né mort avec un cordon ombilical rompu. S'il y a eu rupture accidentelle et non coupure du cordon, la section de celui-ci n'est pas franche ; de plus, et ce point est caractéristique, la section des deux artères n'est pas au même niveau que celle de la veine ombilicale, la différence pouvant aller jusqu'à un et deux centimètres. Cependant, malgré la netteté et l'importance du signe précédent, les difficultés de l'expertise sont telles et les causes d'erreur si considérables, que le médecin aura rarement l'occasion de donner des conclusions absolument catégoriques.

Au point de vue obstétrical, ces accouchements ont un sérieux inconvénient. Chez la femme accouchée en fiacre dont je viens de parler, il existait, au moment de son entrée à la clinique, une déchirure d'une des grandes lèvres. Supposez qu'il y ait eu là une forte varice, comme il en existe si fréquemment pendant la gestation, sa blessure pouvait entraîner une hémorrhagie intense, voire mortelle, en l'absence de soins. Chez les primipares surtout, l'accouchement même le plus normal a toujours besoin d'être surveillé.

V.— Voici une nouvelle preuve de la nécessité de surveiller le travail et la délivrance, quelle que soit la simplicité du cas :

Multipare entrée hier dans le service. Accouchement rapide en 3 heures 1/2. Délivrance normale 1/2 heure après l'expulsion du fœtus. Accouchement, en un mot, extrêmement simple.

Mais 1 heure 1/2 après la sortie du placenta, la femme, tout à coup, commence à pâlir, elle a des bourdonnements d'oreilles et sa vue se trouble. Le pouls, qui était à 80 au moment de la délivrance, monte à 90. L'utérus est mou, volumineux et remonte au-dessus de l'ombilic : c'est une hémorrhagie intra-utérine.

On fait de l'expression du corps de la matrice pour chasser les caillots, puis on pratique une injection intra-utérine plutôt de précaution que de nécessité ; le pouls ne s'élevant pas, on eût pu se contenter de maintenir l'utérus avec la main. L'injection a été faite à 48° ; il est bon de savoir que cette température est quelquefois insuffisante et qu'il faut parfois employer de l'eau à 50°.

VI. — Primipare ayant subi une laparotomie pour appendicite. La fréquence des opérations abdominales est telle de nos jours que nombre de femmes enceintes ont ainsi leurs ventres traversés par une ou plusieurs cicatrices d'ordre chirurgical. Y a-t-il lieu de s'en inquiéter et ont-elles des conséquences quelconques en obstétrique ? Nullement et, d'une manière générale, ces cicatrices anciennes ou récentes sont solides et ne se laissent déchirer ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. Elles ne compliquent en rien la situation.

VII. — Femme de 30 ans arrivée un soir vers 6 heures. Elle dit avoir eu déjà deux enfants à terme. Elle expulse à 4 heures du matin un fœtus de 1800 grammes. Le lendemain, température et pouls normaux. En somme, aucun incident, sauf ce fait qu'il s'est produit un accouchement prématuré que rien du côté de l'œuf ne peut expliquer.

Un jour, deux jours se passent sans phénomène anormal. Le troisième jour, la température s'élève et nous observons une série de troubles cérébraux, de l'excitation, des paroles incohérentes, un regard particulier. Pas d'albuminurie, rien du côté du ventre, rien du côté de l'utérus. De quoi s'agissait-il ? Depuis une dizaine d'années, j'ai rencontré deux femmes dans ces conditions, toutes deux sont mortes. Aussi, dès le commencement, ai-je porté un pronostic grave. Je ne fis aucun traitement local, certain que tout l'appareil génital devait être normal. Le lendemain, la température baisse le matin à 37° pour remonter le soir. Puis, brusquement, les phénomènes cérébraux s'accusent et la femme meurt.

Autopsie : appareil génital absolument sain, cerveau recouvert d'une couche de pus à sa convexité. Diagnostic : méningite. La malade était évidemment atteinte de son affection méningée avant son arrivée à la clinique, l'accouchement prématuré n'était qu'une conséquence de cet état morbide. Mais, elle était entrée dans une période de rémission, ce qui compliquait singulièrement le diagnostic, et embarrassait le traitement ;

un jeune accoucheur n'eût-il pas été tenté de faire un curage utérin pour remédier à cette situation, compromettant ainsi, sans utilité, sa réputation ?

VIII. — Il y a une semaine, M. Barth nous adresse une femme enceinte atteinte d'antécédents pathologiques à propos desquels le diagnostic d'appendicite avait été proposé et discuté. Nous étions restés dans l'expectative, faisant seulement de la médication symptomatique, lorsque, lundi matin, l'état de la malade devint subitement grave, le pouls s'élevant à 100 avec un abdomen météorisé et de l'albuminurie. Depuis 24 heures les vomissements étaient porracés. La laparotomie devenait dès lors indispensable ; mais ouvrir le ventre d'une femme en ceinte de 8 mois 1/2 qui a, de plus, du météorisme, n'est pas une chose simple. Aussi fut-il convenu que je pratiquerais d'abord l'accouchement prématuré artificiel, ce qui fut fait. Cette première intervention se trouva suivie d'une telle sédation des symptômes, d'un tel bien-être chez la malade que la laparotomie paraissant maintenant inutile tout le monde, M. Segond lui-même, voulait abandonner cette deuxième opération. Personnellement, sachant que jamais la grossesse ne peut déterminer les accidents dont la patiente s'était plainte, et convaincu qu'il y avait autre chose, j'insistai pour que M. Segond fît la laparotomie. J'eus raison, on trouva un hématosalpinx tordu deux fois sur lui-même.

IX. — Terminons par l'exposé de quelques principes, véritable profession de foi que le Prof. Pinard a fait écrire en frontispice dans l'amphithéâtre Baudelocque :

Le nouveau-né a d'autant plus de chances de devenir un enfant sain, vigoureux et intelligent qu'il est né à terme.

Le devoir de la société et de l'accoucheur est de faire naître les enfants à terme.

Mener la grossesse à terme, procéder à l'accouchement sans danger pour la mère et avec le minimum de traumatisme pour l'enfant, tel doit être l'idéal de l'accoucheur.

L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu !

Toute mère non malade doit allaiter son enfant.

Le lait de la mère appartient à son enfant.

(*Recueilli par le* Dr P. Lacroix).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Par quel procédé faut-il extraire un corps étranger des voies digestives supérieures ?

L'extraction des corps étrangers introduits accidentellement dans l'œsophage est une question sur laquelle les auteurs allemands ne se sont pas encore entendus d'une façon définitive. Les uns, parmi lesquels Fischer et Trzebicky, veulent sans tarder pratiquer l'œsophagotomie, car ils considèrent comme dangereuses toutes les tentatives d'extraction par les voies naturelles. D'autres, moins interventionnistes, conseillent avant toute opération sanglante, l'essai des procédés de douceur, et en particulier du lavage des voies digestives supérieures au moyen du tube de Faucher.

La présence d'un corps étranger dans le pharynx ou dans l'œsophage, dit Trzebicky, peut occasionner au patient toute une série d'accidents, qui sont en rapport avec les caractères physiques de ce corps. Si, en effet, celui-ci n'est pas rapidement éliminé par les voies naturelle ou stomacale, le tube digestif devient à son niveau le siège d'une ulcération, qui amène la perforation avec ses conséquences excessivement graves : phlegmons septiques du cou, accès de dyspnée par compression des organes médiastinaux, pleurésies et pneumonies purulentes, perforation de la trachée, érosion des artères importantes et des grosses veines. Malheureusement dans de nombreux cas, le médecin hâte lui-même l'apparition de la perforation en cherchant à extraire le corps du délit au moyen des instruments ordinairement recommandés, et plus particulièrement du panier de Graefe. Très souvent, cet appareil réussit à recueillir le corps étranger ; mais, si doucement qu'on le retire, il peut quelquefois se produire des accès de suffocation, qui empêchent d'achever l'opération. Dans un cas, il fallut une demi-heure à Langenbeck pour extirper le panier ; chez un malade, Adelmann ne put le retirer que le troisième jour. Parfois enfin, cette manœuvre devient complètement impossible, et il est nécessaire d'avoir recours à l'œsophagotomie. Le bord libre du panier peut, en effet, s'accrocher au cartilage cricoïde, situé contre la paroi antérieure de l'œsophage, et déterminer à cet endroit des lésions plus ou moins profondes de la muqueuse. Mais quand il s'agit d'un corps étranger fortement enclavé, ou présentant des arêtes tranchantes, la situation est encore plus grave ; celui-ci, en effet, sur lequel on opère des tractions au moyen du panier, peut fendre comme un couteau la paroi tendue de l'œsophage (cas de Trzebicky) ; quelquefois même, cette lésion devient bilatérale, si le corps étranger occupe une position transversale par rapport à l'axe de l'œsophage. Quoi qu'il en soit, il s'agit, en pareil cas, de déchirures occasionnées par le chirurgien ; aussi ne faut-il se servir du panier de Graefe que dans les cas où les anamnestiques démontrent la présence d'un corps lisse, dépourvu d'aspérités, où l'on ne peut craindre une menace de perforation. Cet instrument devrait toujours être employé sous le contrôle de l'œsophagoscopie, c'est là un procédé d'éclairage qui est assez délicat à mettre en pratique, et qui nécessite de la part de l'opérateur une grande habitude et une certaine dextérité manuelle. L'œsophagotomie reste donc, pour Trzebicky, le procédé de choix, à moins qu'il ne s'agisse d'un corps très haut placé, susceptible d'être extirpé avec une pince, sous le contrôle du doigt.

Fischer se range à l'opinion de l'auteur précédent, pour le cas où la radioscopie et l'œsophagoscopie ne peuvent seconder l'opérateur. Voici d'ailleurs quelles sont ses conclusions :

Quand on n'aura pu, à l'aide des méthodes non sanglantes, extirper un corps étranger récemment dégluti, il faudra pratiquer l'œsophagotomie au plus tard le lendemain de l'accident. S'il y a menace d'asphyxie, le malade sera aussitôt trachéotomisé.

Pour un corps avalé depuis quelques jours,

on tentera une seule fois l'extirpation non sanglante, et si les efforts n'aboutissent pas, on fera l'œsophagotomie.

Quand la nature du corps rendra dangereuse toute tentative d'extraction ou de propulsion vers l'estomac, il faudra opérer d'emblée. Il en sera de même s'il y a infiltration du cou, ou bien hémorrhagie buccale.

Pour cet auteur, une œsophagotomie bien conduite est moins dangereuse qu'une extirpation par les voies naturelles. C'est peut-être là une assertion un peu légère, car il ne discute pas l'extraction d'un corps étranger au moyen d'instruments autres que le panier de Graefe ; il généralise à tous les procédés réalisés d'une manière aveugle par les voies naturelles les reproches que peut mériter l'appareil de Graefe.

De plus, comme le dit avec raison Pieniazeck, les déchirures œsophagiennes sont quelquefois produites par la main du chirurgien, mais le plus souvent elle sont dues au corps étranger lui-même, avant toute intervention ; quelques nécropsies justifient cette manière de voir. La perforation œsophagienne n'est pas seulement due à des ulcères par compression, à des lésions de décubitus en quelque sorte, elle est aussi produite par une piqûre du corps étranger. Cette déchirure s'observe le plus fréquemment dans la portion rétro-laryngienne du tube digestif ; à ce niveau, en effet, les muscles constricteurs viennent à chaque effort de déglutition appliquer la paroi sur les aspérités du corps. Une fois la perforation produite, les liquides se répandent dans l'épaisseur des divers tissus, et il en résulte des inflammations purulentes, qui ne tardent pas à gagner le médiastin postérieur, grâce à la laxité des faisceaux conjonctifs péripharyngiens et périœsophagiens.

Quant au panier de Graefe, il réalise, malgré les assertions de Trzebicky, un des meilleurs instruments pour l'extraction par les voies naturelles, sans le contrôle de la vue. Sa forme conique permet de l'introduire facilement et de dépasser le corps étranger qui peut ensuite être saisi et extirpé grâce au bord du panier. La chose est vraie pour la plupart des corps étrangers, qui sont accolés à la paroi, sans la perforer. Toujours est-il que le bord du panier peut à sa sortie accrocher le cartilage cricoïde ; mais le fait est rare et il n'en résulte qu'une petite éraillure de la muqueuse. Si toutefois, on juge qu'il serait impossible de réussir, sans exercer une forte traction sur l'appareil, mieux vaut recourir à l'œsophagotomie ; la première intervention n'est nullement défavorable à l'exécution de la seconde. Le panier de Graefe n'est réellement dangereux qu'en présence de corps assez pointus pour couper ou déchirer les parois œsophagiennes.

Lorsqu'il s'agit d'arêtes de poisson, ou d'os brisés appartenant à des oiseaux, c'est-à-dire de corps dont une extrémité seule est pointue et plantée dans la paroi, ceux-ci s'introduisent dans la fenêtre latérale du panier, et l'empêchent de descendre plus bas ; on les retire généralement en même temps que l'instrument, et on ne risque pas de les enfoncer plus profondément dans la paroi, ainsi qu'il arrive parfois avec des éponges ou des sondes. Néanmoins, si on se trouve en présence de corps plus larges, dont les bords sont également tranchants, on risquerait avec le panier de Graefe de léser les parois œsophagiennes. Il faut alors recourir d'emblée à l'œsophagotomie (fragments de couteaux, de verre, de métal tranchant, d'os....)

Il faut encore ajouter que l'œsophagotomie n'est pas une opération aussi bénigne que l'affirme Fischer ; elle donne en tous cas une mortalité plus grande que l'extraction par les voies naturelles, malgré ses complications possibles (médiastinites, pleurésies...) De plus, le panier de Graefe n'est pas un instrument plus dangereux que les autres du même genre.

L'œsophagoscopie faciliterait évidemment l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles ; mais elle n'est pas non plus exempte de dangers. L'œsophagoscope est, en effet, un tube droit, qui exige pour son introduction une position assez spéciale du malade ; celui-ci doit être étendu sur le dos, et pencher sa tête en arrière autant que possible, afin que sa cavité buccale arrive presque dans le prolongement de son œsophage. Or, dans ces conditions, il est très possible qu'une arête ou qu'un os transversalement placé perfore la paroi. En outre, l'introduction même de l'appareil peut faire progresser le corps étranger dans le tube digestif, et rendre ainsi son extirpation plus laborieuse.

Le Dr Winternitz (*Wien. méd. Woch. nº 15, 1902*) ne recourt pas à l'œsophagotomie aussi rapidement que les auteurs précédents ; ses vues nous paraissent plus logiques, et nous nous rattacherions volontiers à ses opinions. Il n'existe pas, parmi les méthodes non sanglantes, dit cet auteur, de procédé plus idéal que celui qui consiste à faire un lavage de l'œsophage, voire même de l'estomac, après l'introduction prudente d'un tube œsophagien mou, tel que, par exemple, celui d'Oser ou de Faucher. Grâce à cette pratique, Winternitz a pu, en 1899, pour la première fois, extraire un noyau de reine-claude qui avait séjourné pendant trois jours dans la partie inférieure de l'œsophage d'une jeune fille, âgée de quinze ans.

Il faut distinguer deux cas, suivant que le corps étranger obture simplement la lumière, ou bien suivant qu'il est piqué dans la paroi de l'œsophage.

Dans le premier cas, il suffit d'introduire le tube de Faucher jusqu'au niveau du corps étranger, puis d'élever l'entonnoir en verre pour diriger le courant d'eau dans le tube digestif. Si le corps se trouve situé très près du cardia, il sera tout d'abord refoulé dans l'estomac ; sinon il sera rejeté par la bouche, grâce à des efforts de vomissements provoqués par l'action irritante du courant d'eau sur les parois œsophagiennes. Même dans ces conditions favorables, les instruments ordinairement employés, tel que le panier de Graefe, sont susceptibles de produire des excoriations de la muqueuse œsophagienne, soit par eux-mêmes, soit par les bords tranchants du corps étranger. Or ces fissures sont autant de portes d'entrée pour les microbes pathogènes ; elles peuvent ultérieurement donner lieu à des rétrécissements, ou permettre le développement de néoplasmes ; en tous cas le malade n'arrive pas à guérison complète, après l'extraction du corps du délit.

Quand le cardia est trop étroit pour livrer passage au corps étranger, la colonne liquide peut, grâce au rétrécissement spasmodique de

ce sphincter, ou aux mouvements antipéristaltiques de l'estomac, subir un remous qui rejette le corps vers l'extérieur. Ce résultat a pour origine un phénomène analogue à celui qui permet d'extraire avec un courant d'eau les bouchons de cérumen du conduit auditif externe, que le tympan soit ou non intact.

Lorsque le corps étranger se trouve adhérent à la paroi de l'œsophage, ou fiché dans celle-ci, on emploie un tube plus étroit, qui puisse dépasser l'endroit occupé par l'obstacle, et même aboutir à l'estomac ; la colonne liquide, réfléchie au cardia ou à l'estomac, rejette le corps vers la bouche ; la présence de ce dernier rend aussi la muqueuse plus irritable, et facilite par suite les mouvements antipéristaltiques. Ceux-ci ont pour résultat de déplacer l'obstacle, de l'extirper de la paroi, dans laquelle il peut être planté. Ce procédé d'extraction n'entraîne aucune lesion de la paroi.

La technique de ces lavages est un peu plus délicate que celle des lavages gastriques ordinaires ; ils doivent être pratiqués avec une plus grande douceur, avec plus de précautions. Quand le corps étranger obture simplement l'œsophage, le calibre du tube peut être plus fort que dans le deuxième cas ; il n'a pas besoin, en effet, de dépasser l'obstacle, mais il faut qu'il s'arrête au dessus de celui-ci. Néanmoins le tube doit pouvoir traverser le cardia, afin de permettre au médecin d'extraire le corps étranger de l'estomac, s'il y est repoussé. Ce renseignement est d'ailleurs fourni, soit par le malade lui-même, soit par la radioscopie.

On pourrait craindre que le liquide de lavage ne pénètre dans le tissu cellulaire périœsophagien au travers d'une fissure de ce conduit ; c'est là une erreur, car les lésions produites par le corps étranger lui-même sont généralement trop minimes pour permettre ce passage ; les véritables fissures dangereuses sont ordinairement produites par la déglutition d'aliments, plutôt solides, ou par les doigts du chirurgien, voire même du malade, ou enfin par les instruments.

Comme liquide, on emploiera de l'eau distillée ou bouillie ; si l'on veut désinfecter, on donnera la préférence à l'eau boriquée. Winternitz déconseille l'huile, car les acides gras sont mal supportés par les muqueuses œsophagienne ou gastrique. A la rigueur, on pourrait se servir d'une solution (non irritante et non toxique) susceptible de dissoudre le corps etranger. Pour un morceau de sucre, par exemple, il suffirait de boire de l'eau.

Avec le tube de Faucher, faut-il verser l'eau d'une façon rapide ou lente, faut-il donner une pression élevée, moyenne ou petite ? La chose dépend du calibre du tube, de la profondeur à laquelle se trouve l'obstacle, elle est d'une grande importance pour le resultat définitif de l'opération.

Disons encore que, pour se servir de ce procédé, il est bon d'installer son malade sur une chaise, en pleine lumière ; de lui faire enlever, s'il y a lieu, ses appareils de prothèse dentaire, de le débarrasser de tous les objets d'habillement qui pourraient lui enserrer le cou. Il faut avoir soin également de tout préparer pour une œsophagotomie éventuelle. Ceci fait, on applique la main gauche sur le front du malade pour renverser sa tête en arrière, et faciliter ainsi l'opération ; puis, saisissant de la main droite l'extrémité du tube, humidifiée, ou enduite de lait, on la pousse doucement, en la dirigeant obliquement de l'angle maxillaire droit vers le bord pharyngien gauche ; cette petite précaution permet d'éviter l'introduction dans le larynx.

En résumé, Winternitz estime que :

Le procédé non sanglant le plus doux, pour extraire un corps étranger introduit dans l'œsophage, qu'il obture simplement la lumière, ou adhère à la paroi, doit consister dans l'emploi du tube de Faucher.

Les anamnestiques et l'actinoscopie renseigneront sur le calibre du tube à employer, sur la profondeur à laquelle il faudra descendre, sur la pression et la vitesse à donner au liquide.

On préfèrera à tout autre liquide de l'eau bactériologiquement et chimiquement pure ; dans tous les cas, on rejettera l'huile.

Si ce procédé ne réussit pas, on aura d'emblée recours à l'œsophagotomie.

Dr Georges.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'article 4 de la loi-accidents.

Avant d'entretenir à nouveau le Parlement des modifications que la classe ouvrière, l'assistance publique et le corps médical souhaitent de voir apporter à la rédaction de l'article 4 de la loi-accidents, nous avons voulu savoir ce qui s'était fait en quatre ans dans l'application du 2e paragraphe de cet article, paragraphe ainsi conçu :

Art. IV

Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département par l'assistance médicale gratuite.

Les deux interprétations : l'esprit et la lettre.

Par les déclarations réitérées des législateurs, par les discussions et travaux parlementaires, par les commentateurs de la loi, on sait de façon certaine quelle fut la genèse de cette disposition, à quelles préoccupations elle répondait, ce qu'elle tenait à consacrer et en même temps ce qu'elle désirait prévenir.

« Nous avons voulu, répètent à l'envi les au-
« teurs de la loi, affirmer la liberté absolue de
« la victime de choisir son médecin comme tout
« citoyen en a le droit. Seulement, nous enten-
« dions que le blessé n'abusât pas de cette liberté
« en faisant des dépenses thérapeutiques de luxe,
« des dépenses somptuaires (c'est le mot du rap-
« porteur, M. Mirman) ; nous avons été ainsi con-
« duits à écrire que, si cet abus se produisait,
« le magistrat réduirait la dépense aux chiffres
« d'un tarif determiné, tarif que nous croyions
« exister dans chaque département, parce qu'il
« nous paraissait impossible que la loi de 1893
« sur l'assistance médicale ne l'eût pas fait éta-
« blir partout. Nous n'avons pas prétendu dire

« autre chose, et c'est dans cet esprit qu'il con-
« vient d'appliquer le 2e paragraphe de l'arti-
« cle 4. »

On comprend aisément que le législateur n'ait pas eu d'autre intention que celle-là, car elle est la seule qui cadre avec le principe général de protection et d'équité qui a dicté la loi tout entière.

Mais les responsables, et surtout les assureurs, ont eu bien vite fait de trouver dans la forme conditionnelle du texte, et dans le choix malheureux du nom de baptême donné au tarif étalon, une interprétation toute différente. Et, malheureusement, celle-ci vous a un petit caractère littéral que des magistrats, non renseignés sur les travaux parlementaires, sur l'intention qui s'en dégage, et, d'autre part, très habilement circonvenus par des intéressés fort procéduriers, ne pouvaient guère repousser avec ensemble. Voici comment on raisonne dans ce camp.

1° Puisque le texte du 2e paragraphe dit : « *Si la victime a fait choix elle-même*, etc. », c'est que le législateur voit là l'exception, admettant du même coup que la règle générale de responsabilité complète, prévue au 1er paragraphe, comporte la désignation et le choix du médecin par le chef d'entreprise ou ceux qui le couvrent.

2° Toutes les fois que le blessé choisira son médecin, il ne recevra du responsable, comme indemnité de frais de traitement, que ce qu'il est alloué pour soins analogues donnés à l'indigent dans son département, et il payera le supplément de la note du médecin, quelle que soit la différence, à moins que le médecin consente à faire cadeau de ce supplément d'honoraires qui lui est pourtant bien dû.

De ces prémisses, auxquelles la lettre du texte légal donne des apparences de fondement très suffisantes, les patrons et les assureurs ont de suite conclu au droit pour eux-mêmes de choisir le médecin, droit si bien établi que si l'ouvrier se l'arroge à leur place, il encourt une sanction, celle prévue au paragraphe 2. C'est simple autant qu'avantageux, et cela conduit, dans la pratique, au contraire de ce qu'a voulu le législateur.

En effet :

Les assureurs ou responsables s'en vont disant aux blessés, par lettre ou plus souvent par la voix de leurs agents qu'ils peuvent toujours désavouer ensuite : « Nous ne payerons ce qui vous est dû que si vous vous laissez soigner par *notre* médecin, et si vous lui obéissez ponctuellement. Nous ne répondrons de rien s'il en est autrement, et, de plus, il est à présumer que votre patron ne vous reprendrait pas sur ses chantiers après guérison. A vous de voir. »

D'autre part, ces mêmes responsables s'adressent aux médecins dans les termes suivants : « Ou bien vous serez *notre* médecin, *notre* agent, *notre* homme, faisant passer nos intérêts avant ceux du blessé, et alors nous vous payerons au prix qui nous plaît ; ou bien vous vous débrouillerez avec les victimes insolvables qui vous auront choisi, et vous serez sûr de ne toucher d'autre indemnité que celle qui correspond aux ridicules chiffres du tarif des indigents. »

Ainsi menacés effrontément dans leur gagne-pain, le blessé et le medecin font trop souvent l'abandon, l'un de sa liberté et de la confiance qu'il accordait à celui qui soigne les siens en veillant sur leurs intérêts, l'autre, des liens qui l'attachaient à son client et des honoraires qui lui sont nécessaires pour vivre.

L'interprétation littérale du texte de l'article 4 aboutit donc à la consécration, par les juges, d'un chantage, d'un traquenard, dont sont victimes et l'ouvrier que le législateur entendait protéger, et ce tiers bienveillant et consciencieux, le médecin, qui est l'instrument le plus indispensable d'une équitable application de la loi-accidents.

Efforts inutiles pour appliquer la lettre du texte.

Cette étrange situation est née au moment même de la mise en vigueur de la loi (juillet 1899.)

Pendant quelque temps, les ouvriers, ignorants de leurs nouveaux droits, et le corps médical, toujours faible devant ceux qui ne se gênent pas pour l'exploiter, se prêtèrent à un essai de ce paradoxal régime. Mais on reconnut bien vite que cet essai n'était pas possible. A la rigueur, les juges de paix se seraient peut-être tirés d'affaire s'il avait existé des tarifs d'assistance chirurgicale bien établis dans les départements : seulement il n'y en avait pas !

Au mois de mars 1900, le Ministre de l'Intérieur voulut combler cette lacune, et demanda aux Conseils généraux d'établir les tarifs complets et sérieux qui devaient servir aux magistrats. Malgré une légitime répugnance à faire tomber au rang d'assistés les assurés victimes du travail, les médecins poussèrent activement à la réalisation de la demande ministérielle. Ils dressèrent un tarif qui pouvait être adopté par tous les départements, puisque les honoraires y inscrits devaient sortir de la bourse des responsables, et ne créaient aucune charge sérieuse aux budgets de l'assistance fonctionnant à part. Les Syndicats médicaux allèrent au devant des Conseils généraux afin de leur faciliter cette tâche un peu technique et spéciale.

Ces efforts, quoique pratiqués à l'encontre de nos sentiments et de nos intérêts, durent depuis plus de trois ans. Les assemblées départementales ont eu dix fois le temps et l'occasion d'y donner satisfaction. Or, nous sommes en mesure de dire, après la présente enquête, si le paragraphe 2 est désormais susceptible de recevoir même l'application erronée et inéquitable de la lettre de son texte.

Le classement suivant des renseignements précis que nous ont fournis des médecins conseillers généraux, présidents de syndicats, membres des commissions départementales d'assistance, etc., etc., en un mot les plus documentés sur la *réalité* des applications locales et régionales, va nous conduire à des conclusions d'une exactitude irréfutable.

Voici le résumé des indications qui ressortent de notre enquête.

1° Les 9 départements de la Creuse, de l'Eure, de la Gironde, du Nord, de la Seine-Inférieure, du Pas-de-Calais, des Deux-Sèvres, du Tarn-et-Garonne, des Hautes-Pyrénées, ont adopté le tarif général minimum ouvrier proposé par les médecins en n'apportant au type que des modifications légères d'utilité locale ;

2° Les 5 départements des Ardennes, de l'Ariège, de l'Herault, de Meurthe-et-Moselle, de la Vendée, ont suivi le même modèle, mais en faisant subir aux chiffres une diminution moyenne

qu'on peut estimer globalement à un cinquième. Nous ignorons pourquoi les soins chirurgicaux ayant évidemment la même valeur sous toutes les latitudes, quand ils sont donnés par des hommes de même savoir à des blessés de même situation de fortune :

3° Sont descendus à *un tiers* environ au-dessous des chiffres de ce tarif général ouvrier, les 6 Conseils généraux du Cher, de l'Orne, du Puy-de-Dôme, de la Haute-Saône, de la Savoie, de Seine-et-Marne ;

4° Sont à relever *de moitié* les prix fixés par les 11 départements de l'Ain, d'Eure-et-Loir, du Gard, de l'Indre, du Loiret, de la Marne, de la Nièvre, de l'Oise, de Vaucluse, des Vosges, de la Vienne ;

5° C'est des *deux tiers* ou des 4 *cinquièmes* qu'il y aurait lieu de remonter globalement les chiffres des 14 départements suivants qui marchent sur des règlements antérieurs à la loi accidents : Aisne, Ardèche, Aude, Aveyron, Charente, Charente-Inférieure, Finistère, Gers, Isère, Loire, Haute-Loire, Loire-Inférieure, Mayenne, Morbihan ;

6° N'ont établi aucun tarif jusqu'ici les 11 départements de l'Aube, de la Haute-Garonne, de l'Ille-et-Vilaine, du Lot, du Lot-et-Garonne, de la Manche, de la Sarthe, de la Seine, de Seine-et-Oise, des Alpes-Maritimes, du Doubs.

Telle est la situation pour les 56 départements au sujet desquels on a pu nous documenter de façon parfaite. Nous l'aurons exposée complètement quand nous aurons dit que nous savons encore ceci :

Les Conseils généraux du Puy-de-Dôme, de l'Isère, de la Mayenne, de la Sarthe, refusent de faire quelque chose ou d'améliorer ce qui existe.

Ceux de l'Aube, du Doubs, de la Loire, de la Loire-Inférieure, du Lot-et-Garonne, de Seine-et-Oise, sont au contraire disposés à ouvrir un jour ou l'autre la discussion, mais au cours des années prochaines seulement.

Tous les autres restent dans une inertie dont il paraît fort difficile de les faire sortir. Ils font la sourde oreille.

Quant aux départements de l'Allier, de l'Algérie, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, des Bouches-du-Rhône, du Calvados, du Cantal, de la Corrèze, de la Corse, de la Côte-d'Or, des Côtes-du-Nord, de la Dordogne, de la Drôme, de la Haute-Garonne, de l'Indre-et-Loire, du Jura, des Landes, de Loir-et-Cher, de la Lozère, de Maine-et-Loire, de la Haute-Marne, de la Meuse, des Basses-Pyrénées, des Pyrénées-Orientales, du Rhône, de Saône-et-Loire, de la Haute-Savoie, de la Somme, du Tarn, du Var, de la Vienne, de l'Yonne, nous constatons qu'à nos questions pressantes il n'a *rien* été répondu.

Comme il suffisait de nous faire parvenir un simple imprimé, ou de nous dire : « Il n'existe rien », nous sommes bien tentés de conclure qu'en effet, dans ces départements, il n'a *rien* été fait pour donner aux juges de paix le tarif prévu par le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi-accidents. En supposant même que pour quelques-uns, il y ait eu simple négligence à informer, il est hors de doute que, dans la presque unanimité des cas, nos confrères ne nous ont rien dit parce qu'ils ne savaient rien, et que s'ils ne savaient rien, c'est qu'il n'existait rien.

En résumé, dans 31 départements composant les 3°, 4°, 5° de notre énumération ci-dessus, l'application du 2e paragraphe de la loi, interprété d'après la lettre seulement, ne peut se faire qu'en laissant à la charge du blessé qui choisit son médecin, le *tiers*, la *moitié*, les *deux tiers* ou les *quatre cinquièmes* des frais médicaux, ou en le faisant perdre au médecin lui-même qui se trouve alors presque toujours en présence d'un insolvable. La liberté que l'on entend donner à la victime devient donc une chimère et une mauvaise plaisanterie. Jamais législateur n'a voulu et ne consacrera cela.

Partout ailleurs, faute de tarif d'assistance, les juges appliquent le tarif ouvrier, celui-là même qu'ont adopté les 14 premiers départements que nous avons nommés, celui-là même sur lequel nous établissons nos notes d'honoraires quand nous avons été mis en œuvre par le chef d'entreprise. Et si nous consultons le tableau des accidents du travail par région dans le trimestre 1902 (voir *Officiel* du 24 mai) il se trouve que c'est sous ce régime du *tarif ouvrier* que plus des cinq sixièmes des frais médicaux, relatifs aux accidents, ont été réglés en France.

Voilà ce que les faits mettent hors de discussion : voilà ce que proclame sans conteste cette expérience que l'on a promis d'écouter dans les modifications à apporter à la loi-accidents.

Devant cette édifiante constatation, nous sommes conduits à simplifier la rédaction du nouveau texte que nous proposions l'année dernière au Sénat pour l'article 4 de la susdite loi. L'esprit et la lettre seront d'accord quand on aura dit :

« *Le chef d'entreprise est responsable de tous frais* « *quelconques de traitement ou des constatations* « *des blessures et des frais funéraires. Ceux-ci ne* « *peuvent excéder la somme de cent francs : les pre-* « *miers, quel qu'en soit le montant, sont réglés aux* « *tiers d'après le tarif ouvrier, et sur les mêmes ba-* « *ses, en cas de contestation, par le juge de paix du* « *canton où a eu lieu l'accident.*

« *Nulle entrave directe ou indirecte ne peut être* « *apportée à la liberté de la victime de choisir elle-* « *même son médecin parmi ceux de la localité ou,* « *en cas de défaut, des localités les plus proches.*

Jetons un rapide coup d'œil sur les conséquences de l'adoption de ce texte.

La liberté de la victime de choisir son médecin sera cette fois *garantie*, car le blessé n'aura rien à payer de plus pour en avoir usé, et le médecin n'hésitera pas à répondre à son appel comme à celui de tout autre client, puisque aucun intermédiaire ne conserve le droit de s'immiscer entre le traitant et le traité pour imposer des exigences thérapeutiques ou des marchandages d'honoraires.

Les juges de paix n'auront plus à se demander qui fit appeler le médecin, pour tarifer différemment et à l'aventure faute de données. — Sans qu'il soit besoin de le dire dans la loi, ils useront du droit d'appréciation qu'ils ont toujours eu et ramèneront au tarif ouvrier tous les chiffres qui l'excéderaient, sans se préoccuper de savoir qui choisit l'homme de l'art.

Celui-ci redeviendra ainsi le médecin de son client, exclusivement. Il lui délivrera directement les certificats dont le blessé fera près des responsables l'usage qu'il lui plaira. C'est le droit commun ; c'est la règle unique qui lui permet de ne pas violer le secret professionnel,

comme il le fait en écrivant pour les livrer lui-même à des tiers, des constatations qui peuvent dévoiler des choses secrètes de leur nature et le faire tomber sous le coup de l'article 378 du Code ou l'amener à causer des préjudices.

Perdront toute excuse ces contrats *immoraux* où des assureurs et des médecins trafiquent commercialement de la confiance et de la liberté des blessés, et leur imposent des obligations de séjour à l'hôpital, de pansements faits par des infirmiers de 10e classe, quand ils incombent au chirurgien lui-même, et autres pratiques analogues qui, toutes, sont de criants abus et qu'il est inutile de révéler ici en détails.

Ajoutons que, en plaçant ainsi sous la compétence du juge de paix *tous* les litiges entre responsables, blessés, et tiers appelés à la réparation de l'accident, on supprimerait ces retards et chinoiseries de procédure si préjudiciables aux victimes et si funestes aux relations entre elles et les employeurs.

Ce sont là des avantages décisifs, car, outre leur propre valeur, ils ont cette heureuse conséquence de mettre la clarté à la place d'un chaos de jurisprudence, l'équité à la place de l'exaction, le devoir à la place des abus.

CONSULTATIONS JURIDIQUES

M. le Dr A. a soigné un blessé du travail qui est décédé. La famille demande un certificat constatant que le blessé est mort des suites de l'accident. La Cie intéressée cherche à intimider le dit Dr A. en lui rappelant l'obligation du secret et le menaçant de poursuites. Le Dr A. hésite et nous consulte.

Voici la réponse de notre conseil judiciaire sur cette question :

Monsieur le Dr A.

J'ai examiné la question que vous avez posée au Comité du Sou Médical au sujet de l'attitude qu'il conviendrait que vous preniez, lorsque vous vous présenterez devant le juge civil au cours d'une enquête où vous êtes cité comme témoin dans une instance en dommages-intérêts intentée à un chef d'entreprise par l'héritier d'un ouvrier, victime d'un accident du travail et soigné par vous.

Et tout d'abord, contrairement à ce que vous paraissez croire, la loi de 1898 sur les accidents du travail n'a apporté aucune dérogation aux devoirs du médecin en ce qui touche l'obligation du secret. Le fait qu'un autre médecin avait été appelé à dresser le certificat de constatation de l'accident, avant que vous ayez donné vos soins au blessé, ne modifie en rien votre situation.

Il en est de même du fait que vous auriez été appelé auprès du blessé par le patron.

Si vous vous trouviez dans un cas où existe l'obligation de garder le secret, la circonstance qu'il s'agit d'un blessé du travail ne vous délierait pas de cette obligation.

Dans la matière du secret professionnel, un certain nombre de points sont maintenant élucidés par la jurisprudence d'une façon qu'on peut considérer comme définitive.

Le premier, c'est que le secret professionnel lie le médecin aussi bien pour les faits qui ont fait l'objet d'une confidence volontaire de son client que pour ceux qu'il a pu constater à l'occasion de soins par lui donnés, et ce, même à l'insu de son client (Civ. Cass., 1er mai 1899, et Crim., 10 mai 1900.)

Le second, c'est que l'obligation du secret existe pour ceux qui y sont soumis même lorsqu'ils sont cités comme témoins soit devant la justice criminelle, soit devant la justice civile (*ibid.*).

Le troisième c'est que les héritiers de la personne à qui le médecin a donné ses soins n'ont pas qualité, lorsqu'il y a obligation au secret, pour le délier de cette obligation (Besançon, 7 juin 1899).

Il reste plus d'un point qui ne se dégage pas avec la même précision, et notamment celui de : dans quelles circonstances et relativement à quels faits d'ordre professionnel le médecin est tenu au secret.

Dans son étude sur le secret médical, publiée en 1887, M. Brouardel examine la question du secret professionnel pour le médecin appelé à déposer comme témoin devant la justice. Mais il n'envisageait alors la question qu'en matière criminelle et lorsque la justice recherche la preuve d'un délit ou d'un crime. En outre, il se préoccupait de la question, soulevée antérieurement et notamment dans l'affaire Saint-Pair, de savoir si l'obligation inscrite dans l'art. 378 du Code pénal cessait d'exister lorsque la révélation du secret était provoquée par la justice elle-même, invoquant contre le médecin, appelé comme témoin, l'art. 80 du Code d'instruction criminelle.

M. Brouardel préconise la solution qui expose le moins à la violation du secret à savoir le silence absolu sur tout ce que le médecin a pu apprendre à l'occasion des soins qu'il a donnés.

La question que nous avons à résoudre n'est point identique. Il s'agit de rechercher quelle est, d'après l'état actuel de la jurisprudence, la limite dans laquelle existe pour le médecin l'obligation du secret.

La Cour de Cassation est entrée un peu plus avant dans l'analyse de l'obligation du secret dans deux arrêts, celui de la Ch. crim. du 19 décembre 1895, (aff. Watelet) et celui de la Ch. civ. du 11 mai 1899 (aff. Bousquet et *Le Gresham*).

Dans la première de ces deux affaires, le médecin s'est vu appliquer l'art. 378 du Code pénal pour violation de secret commise spontanément et par une lettre écrite aux journaux pour sa défense personnelle.

Dans la seconde, la déposition d'un médecin cité comme témoin dans une enquête au cours d'un procès civil a été écartée des débats comme constituant une violation du secret professionnel.

Ce qui ressort de la lecture des décisions rendues dans les deux affaires et des rapports des conseillers à la Cour de Cassation chargés de l'examen des moyens des deux pourvois, c'est que l'obligation du secret n'existe que quand il s'agit de faits « secrets de leur nature ».

Il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de donner une définition de ces expressions. En pareille matière, c'est la conscience du médecin qui sera son meilleur guide.

En tous cas, si l'on se pénètre du sens de la jurisprudence de la Cour suprême, il ne paraît pas douteux qu'un médecin cité comme témoin dans une instance en dommages-intérêts pour

responsabilité d'un accident ou pour application des indemnités de la loi de 1898 et qui viendrait dire en quoi consistait la blessure pour laquelle il a donné ses soins et déclarer qu'à ses yeux cette blessure est cause de la mort, ne révèlerait pas des « secrets de leur nature ».

On peut affirmer que ce médecin ne tomberait pas sous le coup de l'art. 378 du Code pénal et ne courrait pas le risque d'être poursuivi pour violation de secret.

Il ne semble pas davantage que sa déposition puisse être déclarée nulle et écartée des débats, sanction qui d'ailleurs vise seulement les intérêts des parties en cause, car il faudrait qu'il fût reconnu que cette déposition portait sur des faits secrets de leur nature.

« Cette nullité, dit Me Marcel Planiol, Professeur de droit civil à la Faculté de Paris, dans une note au Dalloz sous l'arrêt de Cass. Civ. 1er mai 1899. (Dal. 1899, 1.5.89), ne devra être encourue qu'autant qu'on se trouvera en présence d'une révélation délictueuse punissable en vertu de l'article 378, et le fait révélé par un médecin pourrait être acquis aux débats, s'il avait simplement contrevenu à ce devoir de discrétion rigoureuse que lui impose l'état actuel de l'opinion et qui va au delà des termes de la loi ».

D'ailleurs, le médecin est seul juge des motifs qui peuvent le déterminer à garder le silence, la justice n'a aucun compte à lui demander de son attitude.

Il paraît donc résulter de la jurisprudence que lorsque le médecin ne se sent dépositaire d'aucun secret confié par le malade ou découvert par lui, rien ne l'oblige à refuser à la justice des renseignements qui peuvent être indispensables à la manifestation de la vérité, sans porter atteinte aux devoirs du secret professionnel.

Sentiments distingués.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour de Paris
Conseil Judiciaire, du *Sou Médical*.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France

5, rue de Surène. — PARIS.

Conseil général : Séance du 19 juin 1902, sous la présidence de M. BROUARDEL.

La première partie de la séance a été consacrée à la question de l'intervention de l'Association générale auprès de la Commission sénatoriale, à propos des réformes proposées pour le baccalauréat et des dangers résultant de ces réformes au point de vue de l'encombrement de la profession médicale. Après une discussion, à laquelle ont pris part M. le président Brouardel, M. Lereboullet et M. Reynier, le Conseil décide, sur la proposition de M. Brouardel, qu'une lettre de protestation, dont la rédaction est confiée à M. Lereboullet, sera adressée à M. le sénateur Joseph Fabre, et communiquée ensuite à l'un des grands journaux de la presse politique périodique.

M. le Secrétaire-général met le Conseil au courant de la persécution dont continue à être victime le Dr Legrain (de Bougie), persécution qui présente tous les caractères d'un véritable chantage; il propose au Conseil, qui accepte à l'unanimité, d'envoyer le dossier à Me Deligand, conseil judiciaire de l'Association, qui voudra bien faire savoir à M. le secrétaire-général s'il y a moyen, pour l'Association, d'intervenir utilement en faveur du Dr Legrain.

M. Cornil aborde ensuite, devant le Conseil, la question du service militaire des étudiants en médecine. Après une discussion, à laquelle prennent part MM. Brouardel, Lereboullet, Cornil, Dieu, Créquy, Foucault, Chauffard et Lepage, le Conseil confie à MM. Cornil et Dieu la mission de rédiger un amendement destiné à être présenté à la Commission sénatoriale, amendement en vertu duquel les étudiants en médecine pourraient, à leur choix, ou bien faire, au début de leurs études, leurs deux ans de service comme soldats, ou bien attendre la fin de leurs études pour faire leurs deux ans en qualité de sous aide-major.

Sur la proposition de M. le trésorier Blache, le Conseil vote les subventions suivantes : 300 francs à la Société de Constantine, 200 francs à celle d'Oran, 200 francs à celle de la Gironde, et 200 francs à celle de Loir-et-Cher. Il décide ensuite que les 30.000 francs provenant de la vente du pré de Refuge (legs Marjolin) seront consacrés à l'achat de 64 obligations de chemins de fer et que ces titres seront affectés à la Caisse des Veuves et Orphelins.

Le Secrétaire des séances, Dr LAUGIER.

Conseil général : Séance du 17 juillet 1902, sous la présidence de M. BUCQUOY.

M. Lereboullet, *Secrétaire-général*, informe le Conseil qu'il a écrit à M. le Sénateur Fabre dans le sens convenu, — que sa lettre a été lue au Sénat lors de la discussion et appuyée par M. Cornil; mais que, malgré tous les efforts de M. Fabre, le Sénat a donné raison au Ministre de l'Instruction publique. Tous les baccalauréats sont donc mis sur le même rang, au point de vue de l'entrée dans la carrière médicale.

M. le Secrétaire-général apprend ensuite au Conseil, à propos de la question du service militaire des étudiants en médecine, que le Sénat a voté la suppression de toutes les dispenses. Mais il annonce que MM. Cornil et Dieu se sont mis d'accord pour la rédaction d'un amendement qui sera présenté en seconde lecture, à l'effet de faire obtenir aux étudiants en médecine un sursis, à défaut de la dispense qui leur est refusée.

M. Lereboullet fait part à ses collègues du résultat des poursuites engagées à l'instigation de la Société de Loir-et-Cher, contre le S. M.., prêtre interdit, qui pratiquait ouvertement l'exercice illégal de la médecine. Cet individu a été condamné à un mois de prison, cinq cents francs d'amende et cinq cents francs de dommages-intérêts envers le Syndicat. Avis sera donné de cette décision judiciaire à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, afin qu'il puisse mettre opposition à la continuation des études médicales du condamné.

Le Conseil aborde ensuite la discussion de la

question soulevée par M. Lepage au sujet de l'admission des internes dans l'Association. MM. Liouville, Lepage, Lereboullet et Bucquoy prennent successivement la parole, et il est reconnu que cette admission n'est possible qu'à la condition d'apporter aux statuts une modification qui paraît, d'ailleurs, ne devoir entraîner aucune difficulté.

M. le Trésorier demande l'avis du Conseil sur ce qu'il doit faire des rentes 3 1/2 %, possédées par l'Association, et l'opinion unanime du Conseil est qu'il faut accepter la conversion en 3 %.

Sur la proposition de M. Blache, une subvention de 300 fr. est accordée à la Société d'Alais, une de 200 fr. à celle de la Nièvre, et une de 150 fr. à celle de l'Aube.

M. le Secrétaire-général rappelle au Conseil que l'annuaire est terminé, et que, à partir d'octobre ou de novembre prochain, il sera remplacé par un bulletin bi-mensuel, sans annonces commerciales.

Le Conseil s'ajourne ensuite au 3me jeudi d'octobre.

Le Secrétaire des séances, DrLaugier.

REPORTAGE MÉDICAL

Suppression des autorisations d'écussons, enseignes, attributs, etc., en saillie placés sur la voie publique par les rhabilleurs, masseurs et autres. — Notre confrère le Dr Augagneur, maire de Lyon, a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes. Il continue cette œuvre d'assainissement dont nous devons le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 5 avril 1884 ;

« Considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public, et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroquerie ;

« Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception de droits de voirie.

« Arrête :

« *Article unique.* — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées ; seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., à l'usage des rhabilleurs, rhabilleurs-masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc. »

Voyage d'études médicales aux eaux minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. Le voyage d'études médicales de 1902 aura lieu du 7 au 16 septembre inclus. — Il comprendra les *stations des Vosges et de l'Est* visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon-d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux Stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux Stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux Stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur *Landouzy*, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, *Vittel.*

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, *Besançon*, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, hôtel, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur *Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln Paris (VIIIe arrondissement)*. Les Inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Crachoirs improvisés. — Nous avons indiqué comment le Dr Bolov avait réussi à improviser des crachoirs en papier. A la même époque, la même improvisation était réalisée par le médecin-major Donnadieu. Voici comment il raconte la chose dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (25 avril) :

« En général, nous recommandons à nos malades en ville de cracher dans un petit récipient, bol, tasse ou verre facile à vider ou à nettoyer par l'ébullition. Une de mes malades, femme d'un bon gendarme, trouva plus pratique de cracher sur une feuille de papier assez épaisse et reposant sur une assiette creuse ; lorsqu'elle trouvait le papier assez encombré, elle le jetait au feu, évitant ainsi le répugnant contact d'un crachat visqueux collé au fond du récipient.

« J'eus aussitôt l'idée de transformer cette feuille-crachoir en un récipient plus coquet et plus confortable, cachant davantage son contenu. Pour cela, je n'eus qu'à plier la feuille suivant la méthode qui sert à confectionner les cocottes en papier. Il n'est pas un écolier, tant soit peu espiègle, qui ne connaisse ce jeu qui, avec une feuille de papier pliée de certaine façon, amène à figurer une cocotte, une paire de salières, un bateau avec sa voile, un cadre pour glace ou chromo, etc., une des combinaisons est la caisse en papier.

« Reposant sur une soucoupe, la petite caisse sera un excellent crachoir facile à désinfecter, à multiplier dans chaque pièce de l'appartement où circule le malade, à dissimuler sur une cheminée, une table, derrière un bibelot, et surtout pas cher, ce qui n'est pas à dédaigner pour beaucoup de nos malades. »

Faculté et hôpitaux.

Pendant la période de vacances, M. Roubinovitch, médecin-adjoint de la Salpêtrière, ancien chef de clinique de la Faculté, fera un cours sur les éléments de psychiatrie internationale comparée, accompagné de projections. Ce cours aura lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique, à partir du mardi 2 septembre, à 8 h. 1/2 du soir. Il se continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Une série d'exercices pratiques de diagnostic bactériologique commencera le jeudi 2 octobre, à 1 h. 1/2, sous la direction de MM. Besançon, agrégé, chef du laboratoire et Griffon. Ces exercices se continueront les mardis, jeudis et samedis suivants.

Les étudiants pourront être admis sur leur demande écrite et après autorisation du doyen à accomplir certains travaux de laboratoire pendant le mois d'octobre 1902.

Première année : chimie biologique, histologie, physique, physiologie.

Deuxième année : hystologie, physique, physiologie.

Troisième année : anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, médecine opératoire.

Les demandes d'admission devront être adressées au doyen du 15 au 27 septembre et indiquer la nature des travaux que l'étudiant désire accomplir.

Les étudiants qui auront participé aux travaux pourront obtenir des certificats d'assiduité.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 34 23 AOUT 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur la protection de la santé publique.

Le Syndicat médical de Lille et de la région, après avoir entendu le rapport du Dr Lemière sur la vaccination et la revaccination obligatoires, a adopté les conclusions suivantes :

« Le Syndicat médical de Lille,

« Considérant d'une part qu'il importe que les intérêts légitimes des médecins ne soient pas sacrifiés par les pouvoirs publics, sans une véritable nécessité ;

« Considérant d'autre part que la vaccination sera plus facilement acceptée par les familles dans la majorité des cas, si c'est le médecin habituel de la famille qui la pratique ;

« Décide de demander à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène publique de France, de faire leurs efforts pour obtenir l'introduction des deux mesures suivantes dans le règlement d'administration publique :

« 1° La vaccination et la revaccination imposées par la loi du 15 février 1902, ne seront faites gratuitement que pour les seuls indigents ;

« 2° Il est essentiel de ne pas réserver à des fonctionnaires spéciaux ou à des instituts vaccinogènes le droit de délivrer le certificat de vaccine.

« Les certificats rédigés par les médecins traitants devront avoir, dans tous les cas, la même valeur (Strauss et Filassier). »

Cette pétition aura d'autant plus de chances d'être écoutée en haut lieu, qu'un plus grand nombre de syndicats médicaux auront conclu dans le même sens.

Nous engageons donc nos lecteurs à adresser une pétition semblable aux conseils qui ont reçu la mission de préparer le fonctionnement de la nouvelle loi sur la santé publique.

Le champ de nos revendications peut d'ailleurs être élargi et s'étendre à tous les services qu'on réclame de nous, et notamment au service de la désinfection.

RAPPORT AU SYNDICAT MÉDICAL DE LILLE ET DE LA RÉGION PAR LE DOCTEUR G. LEMIÈRE.

(Conclusions adoptées dans la séance du 20 juin 1902.)

La nouvelle loi sur la protection de la santé publique prescrit, dans son article 6, que la vaccination antivariolique sera obligatoire au cours de la première année de la vie et que la revaccination sera également obligatoire au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année.

Ce n'est pas le cas d'exposer ici les faits scientifiques qui démontrent l'efficacité de la vaccination et d'établir sa nécessité, ainsi que celle de la revaccination. On peut simplement dire que la vaccination et la revaccination ont fait suffisamment leurs preuves, que les pays où ces mesures sont obligatoires sont suffisamment favorisés au point de vue de la variole pour que l'on en préconise l'obligation.

De plus, le public accepte presqu'unanimement la vaccination, il est donc préparé à l'obligation, dont il comprend l'importance, et il était nécessaire de l'inscrire dans une loi, afin d'empêcher un pays, dont la presque totalité des habitants se soumettent à cette intervention, d'être quand même toujours menacé d'épidémie par le fait de

quelques esprits paradoxaux, qui se refusent systématiquement à agir comme tout le monde.

Le principe est donc bon, mais il convient de veiller à ce que son application ne lèse pas les intérêts matériels des médecins et ne crée pas des fonctionnaires nouveaux au détriment de l'universalité des praticiens.

La loi porte à la fin de l'article 6 que : « Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application de la loi. »

Il est évident que ce règlement aura à trouver le moyen de faire constater la vaccination effectuée dans le cours de la première année, ce ne sera pas déjà chose facile que de retrouver, dans une grande ville, tous les enfants nés dans l'année pour lesquels le certificat de vaccin n'aura pas été produit. De plus, les parents peuvent changer de résidence, quitter une ville pour aller s'installer dans une autre située à l'autre bout de la France, et il sera bien difficile de les retrouver, s'ils n'y mettent pas la plus grande bonne volonté.

Il sera bien plus malaisé encore de recenser tous les enfants de 11 ans et tous les jeunes gens de 21 ans, pour s'assurer que la loi sur la revaccination a été observée. De plus, on remarquera que les individus nomades, qui se soustraient le plus facilement à la loi, sont précisément les plus dangereux, au point de vue de la propagation possible des épidémies.

Mais ce souci ne nous incombe pas. Il est cependant juste de remarquer que l'influence du médecin peut être très grande et qu'il peut beaucoup pour engager ses clients à obéir à cette loi.

Mais, il convient dès lors que le règlement d'administration publique tienne compte de son existence et ne vienne pas le frustrer d'un bénéfice qui doit lui être légitimement acquis.

La récente épidémie qui sévit encore à l'heure actuelle sur la ville de Lille nous a montré quelle importance peut avoir pour le médecin la revaccination, et pour beaucoup de nos confrères, cette année, les revaccinations constitueront un chapitre important des honoraires médicaux.

Le jour où la nouvelle loi sera appliquée, il sera certainement nécessaire, pour assurer son exécution, de donner à une partie du public la facilité de se faire vacciner gratuitement. Ceci est incontestable.

Mais il importe, dès aujourd'hui, de demander énergiquement que l'obligation ne comporte pas avec elle la nécessité de se présenter dans tel ou tel centre vaccinogène qui aurait le monopole. L'obligation ne doit porter que sur la nécessité de présenter à l'autorité un certificat de vaccination rédigé par tous ceux qui, légalement, ont le droit de vacciner.

Il importe aussi d'insister sur le second point, que les vaccinateurs officiels, fonctionnaires, ne pourront vacciner gratuitement que les indigents et devront exiger le prix du tarif médical de la région de toute personne pouvant raisonnablement rémunérer son opérateur.

Il ne convient pas d'insister sur ce second point, dont la justesse frappera de prime-abord tout esprit non prévenu, et il faut dire une fois de plus que la gratuité appliquée ici, comme dans bien d'autres circonstances, à des personnes non indigentes est une injustice, car rien n'est gratuit, à proprement parler, et ce que ne paie pas l'individu, c'est la collectivité qui le paye, c'est-à-dire le contribuable, et si on va jusqu'au bout dans cet ordre d'idées, on voit que le mil-

FEUILLETON

X.-les-Bains, 11 août 1902.

Monsieur le Directeur du Concours,

C'est un ami inconnu de vous, mais un de vos plus vieux adhérents, qui vient vous serrer la main, vous remercier du fond du cœur et vous dire adieu.

Quand vous avez fondé le Concours médical, j'ai compris votre pensée, je me suis rapproché de vous et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer.

Mais les années ont passé, les mœurs ont changé et parce qu'on ne vous a pas écouté, l'honorabilité de notre profession est en déchéance.

Vous dire ma vie serait faire l'histoire de la médecine pendant les trente dernières années du siècle écoulé. Je vous en fais le résumé, vos jeunes lecteurs en tireront quelque profit, s'ils le veulent, ce dont je doute.

Il y a vingt-huit ans, plus d'un quart de siècle, hier dans mon souvenir, j'arrivais à B... avec mon diplôme tout neuf, lui demandant de me faire vivre.

Je m'installai dans un petit appartement, ne mis jamais une plaque à ma porte, ne fis aucune visite intéressée, n'écrivis à personne, ne sollicitai aucun client et laissai venir.

La clientèle, clientèle de campagne, arriva, soumise, fidèle aux heures que je donnais ; on savait que je n'attendais personne.

Les prix étaient modiques, je ne les avais pas faits, je marchais dans l'ornière tracée par mes prédécesseurs.

Vint enfin le Concours médical !

Adhérent de la première heure à son programme que je croyais nécessaire et m'inspirant de ses idées, je réunis quelques confrères voisins.

Nous ne nous connaissions que de nom. Après une première causerie, un premier dîner, nous nous séparâmes enchantés les uns des autres. Nos tarifs se relevaient un peu, nous nous sentions les coudes et de l'union naquit notre force.

Pas de jalousies, pas d'incursions dans les domaines voisins, le braconnage était honni. Le peuple le savait et se gardait de s'exposer à payer triple, en voulant ruser avec nous, comme cela était arrivé une fois pour l'édification du public.

Ce jour-là, Grosjean était venu me voir.

— Ma femme est bien malade, Monsieur, il faut venir tout de suite.

— Permettez, d'où êtes-vous ?

—De X...

— Ce hameau est beaucoup plus rapproché de Y... où habite mon confrère B...., que d'ici. Ce n'est donc pas ici qu'il fallait venir, et je n'irai chez vous qu'appelé en consultation par votre médecin habituel.

Le cher homme tortilla son chapeau et après réflexion me répondit :

— Mais c'est justement ce que je pensais : il y a plus dans deux têtes que dedans une.

— Dans ce cas, aussitôt que mon confrère m'aura donné son jour, je serai à vous.

Le lendemain, à la pointe du jour, Grosjean frappait à ma porte.

— Venez, M. B... vous attendra aujourd'hui à neuf heures, à la gare.

—Allez et dites-lui que je serai au rendez-vous.

lionnaire pourrait avoir le droit de se faire vacciner gratuitement ou plutôt de se faire payer sa vaccination, au moins pour partie, par les petits contribuables beaucoup moins riches que lui.

Donc, vaccination gratuite pour les indigents seuls.

D'autre part, il est certain que l'esprit de la loi demande que cette prescription ait le plus grand effet utile possible ; il exige que l'on emploie tous les moyens pour éviter la fraude et pour pousser les individus à se soumettre à cette sage mesure de prophylaxie.

Or, combien de gens hésiteraient devant la vaccination obligatoire par un fonctionnaire ? Combien de femmes refuseraient de se rendre près de ce médecin inconnu et imposé? Combien de parents refuseraient de confier leurs enfants pour être inoculés par un médecin qui, sans raison spéciale blessante pour lui, mais par le fait même qu'il n'est pas leur médecin, n'aurait pas leur confiance, opérerait avec des instruments et une lymphe peut-être irréprochables, je le veux bien, mais sur lesquels pourraient peser des soupçons ? Ceux-là seront légion qui se refuseraient, ou au moins, se soumettraient en rechignant, à l'intervention de l'opérateur officiel, et qui pourtant se laisseraient bien facilement inoculer par leur médecin habituel, par le praticien qui a la confiance de la famille.

Aussi, Paul Strauss et Alfred Filassier ont-ils raison de dire dans leur commentaire de la loi : « Dès à présent, il nous paraît essentiel de ne pas réserver à des fonctionnaires spéciaux ou à des instituts vaccinogènes, le droit de délivrer le certificat de vaccin. Les certificats rédigés par les médecins traitants devront avoir la même valeur, et c'est justement qu'une circulaire du ministre de l'intérieur du 3 juin 1899 décidait que les médecins et sages-femmes pouvaient s'adresser directement à l'Académie de médecine et obtenir d'elle gratuitement le nombre de tubes dont ils auront besoin. Il suffira pour cela qu'ils se soient conformés à la déclaration prescrite par l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892. »

LA SEMAINE MÉDICALE

Thyroïdothérapie dans l'obésité.

Un de nos lecteurs nous écrivait dernièrement : « Décidément, est-ce bien sérieux cette médication par les extraits organiques, dont on parle tant ? » Certainement oui, cher confrère, c'est sérieux et ce peut même être dangereux quand on en use sans discernement et sans surveillance. Nous en citerons ici une nouvelle preuve et nous montrerons, d'après M. le Dr Briquet, d'Armentières, quelles sont les indications et quels sont les dangers de la médication thyroïdienne.

Tout d'abord, dit M. le Dr Briquet, la thyroïdothérapie convient-elle à tous les obèses indistinctement? Non, assurément. Il est incontestable qu'un traitement hygiénique bien suivi, basé sur l'exercice joint à un régime alimentaire spécial, est toujours préférable à une cure médicamenteuse ; mais il est bien des cas où ce traitement hygiénique ne peut être suivi assez sévèrement pour obtenir un effet favorable ; il en est pas mal d'autres où l'effet produit est presque nul ou tout au moins fort insuffisant. Le traitement thyroïdien est alors une ressource fort appréciable. On peut même dire qu'à titre

---

En descendant du train, je ne vois pas de confrère, mais Grosjean m'aborde et me dit :

— Le docteur est en avant, son cheval a peur du chemin de fer, vous le trouverez chez nous.

Je pars et en arrivant près de la malade, je ne vois toujours pas de confrère. Je m'informe.

— Oh ! me fait Grosjean, il aura été voir un malade à côté, pour ne pas perdre de temps.

— Bien !

Et je m'assieds et me mets à lire ma gazette.

— Mais, me fait Grosjean un peu surpris, voici notre malade, si vous l'examiniez en attendant.

— Tout à l'heure, quand mon confrère sera venu.

— Mais !

— Mais quoi ?

— C'est qu'il ne viendra pas.

— Comment ! il ne viendra pas ?

— Nous ne lui avons pas dit de venir. C'est votre consultation que nous voulons.

— J'étais joué. Que faire ? Partir, j'aurais été le dindon de la farce.

J'examinai la malade, puis au moment de rédiger l'ordonnance, je dis à Grosjean :

— Je vais m'entretenir avec M. B.., votre médecin habituel, de ce que je viens de constater, et c'est chez lui que vous irez chercher notre ordonnance commune.

J'allai trouver mon confrère, lui racontai mon aventure. Il me retint à dîner, et nous fîmes ensemble et l'ordonnance..... et ma note d'honoraires.

Depuis, on ne nous a jamais plus appelés ni les uns, ni les autres près d'un malade, sans prendre l'avis du médecin le plus proche, c'est-à-dire du médecin habituel de la famille.

Aussi, nous étions les maîtres de la situation, disposant de notre temps, choisissant nos heures, ne nous dérangeant qu'à bon escient, sûrs de nos confrères; en un mot, nous vivions dignes et respectés.

Voilà où nous en étions arrivés, en nous inspirant des idées du *Concours* et voilà ma vie médicale.

C'était hier.

Aujourd'hui, certains jeunes sont venus.

Un beau jour de septembre, de janvier, de mars, de mai, ou d'août, car je ne parle plus de moi, mais seulement des temps présents, dont je ne fais pas partie, il y eut grande rumeur dans le bourg; donnons-lui le nom de Ville-aux-Oies, pour qu'il puisse s'appliquer indifféremment à toutes les localités de France.

On regardait le vieux médecin en chuchotant quand il passait.

— Ma chère, se disaient deux vieilles filles, assez haut pour qu'il entendît bien, nous allons avoir un nouveau docteur et le pharmacien en fait le plus grand éloge.

Et les langues de tous ceux que le vieux praticien avait soignés sans être payé, de tous les chroniques qu'il ne guérissait pas, de toutes les vieilleries qu'il ne pouvait rajeunir, vivement stimulées par le pharmacien à qui il ne faisait pas assez vendre de drogues inutiles, se mirent en campagne.

— Et comment est-il, notre nouveau docteur?

— Oh ! ma chère, jeune, beau et peut-être bien noble, mais sûrement pas marié.

Et tous les bataillons de vierges martyres de la région en devenaient malades.

Et c'est dans un milieu ainsi préparé, dans une

d'adjuvant, la thyroïdothérapie sera employée, avec avantages, dans la majorité des cas d'obésité, mais à la double condition, si l'on veut éviter les accidents, de ne chercher à obtenir qu'un amaigrissement très lentement progressif et de savoir se limiter à une perte de poids raisonnable. Parmi les obèses, dont le poids oscille aux environs de 100 kgs., il en est un certain nombre chez lesquels les troubles fonctionnels sont à peu près nuls ; une hygiène plus sévère et quelques marches suffiront à les améliorer ; il en est, au contraire, beaucoup d'autres somnolents après les repas, essoufflés au moindre effort, plus ou moins apathiques intellectuellement et physiquement. Vous obtiendrez peut-être et non sans mal qu'ils suivent un régime alimentaire relativement sévère, mais allez donc leur parler de prendre de l'exercice, de faire de longues marches ; ils se déclareront incapables de suivre votre prescription ou s'ils essayent de vous obéir ils y renonceront au bout de quelques jours.

Sans modifier son régime, soumettez un de ces obèses à la médication thyroïdienne, d'abord à doses très faibles, pour tâter la susceptibilité du sujet, puis à doses croissantes, mais toujours modérées, en suivant de très près à la fois l'état du pouls, qui ne doit jamais dépasser 110 ou 120 au maximum, et la courbe du poids. Vous arriverez le plus souvent, nous serions tenté de dire toujours, à lui faire perdre en quelques mois vingt ou trente livres. Votre malade a retrouvé l'énergie qu'il avait perdue, il se sent beaucoup plus alerte, il n'est plus oppressé dès qu'il marche un peu vite ou qu'il doit monter un escalier, vous pouvez à ce moment obtenir de lui qu'il fasse de l'exercice ; l'effort nécessaire n'est plus au-dessus de ses forces. Surtout ne cherchez pas à obtenir un amaigrissement plus considérable, lequel serait incompatible avec un état de santé parfait ; que votre obèse se maintienne au chiffre obtenu, 85 ou 90 kilogs. tout est là, il devra recourir sans hésiter à de faibles doses de thyroïde si, malgré un traitement hygiénique bien suivi, il engraisse de nouveau.

Contre-indications de la thyroïdothérapie dans l'obésité.

On peut ranger parmi les contre-indications : la vieillesse, la cachexie, la néphrite, le diabète; mais la principale est l'existence d'une cardiopathie ; il ne faut prescrire la médication thyroïdienne que si le cœur du malade est sain. L'adipose cardiaque, manifestée par de l'irrégularité du pouls ou des œdèmes, doit en particulier y faire renoncer. Notons cependant que chez une malade atteinte d'insuffisance mitrale, Weiss a vu survenir une amélioration des phénomènes cardiaques par la médication thyroïdienne qui, sans doute, avait diminué la surcharge graisseuse du cœur. Affanasieff, de Saint Pétersbourg, emploie le traitement thyroïdien même chez l'obèse qui présente des complications circulatoires mais, dans ces cas, il donne concurremment les diurétiques et les toniques du cœur.

Dangers de la médication.

Carrière a récemment appelé l'attention sur les dangers de la médication thyroïdienne « mal ou non surveillée » ; il a observé 4 cas d'accidents cardiaques et d'œdème pulmonaire survenus chez des obèses, qui s'étaient soumis d'eux-mêmes à cette médication ; la guérison fut rapidement obtenue par la suppression de tout traitement. On a signalé des cas de mort, mais la plupart se sont produits chez des myxœdéma-

---

fièvre d'impatience, qu'apparaît le jeune docteur, le génie sauveur.

Habilement conseillé, il se loge chez une vieille fille sur le retour. Celle-ci, suffoquée de l'honneur, se met en quête de clientèle, fait partout l'éloge de son locataire, cherche à lui ouvrir toutes les portes.

Elle le présente au baron juif du canton, le fait chanter à la messe des grandes fêtes, puis enhardie par les prétentions du jeune homme, demande pour lui la main de la jeune fille du château.

Tous les praticiens de la région n'ont plus qu'à se terrer.

— Mais, ma chère, IL l'a bien dit ; les tempéraments sont absolument changés et l'ancienne médecine n'y connaît plus rien.

Aidé de ces petits propos, se soulevant ainsi des coudes, M. le docteur devient l'unique représentant de la science moderne,

Et comme noblesse oblige, il a un motocycle, une voiture de luxe, un cheval de selle et une bicyclette. Le matin on le voit en bas noirs, le soir en bottes à l'écuyère. Il fait du tennis à midi avec un plastron rutilant ; à quatre heures, il entre au café en gilet blanc. Y a-t-il une course de bicyclette, il se promène dans la foule, un brassard au bras ; au théâtre, il a le premier fauteuil, il est dévot à l'église, grivois au café, conservateur avec le curé, dreyfusard avec le député et rampant devant le maire.

Et à jour fixe, tel un épicier besoigneux, il fait des rondes dans les villages. Les paysans, à leur grande surprise, ne sont-ils pas sortis un jour de leurs demeures au son du tambour municipal ?

Rataplan, rataplan, rataplan!

M. le Docteur de Ville-aux-Oies, prévient le public qu'il se tiendra à sa disposition les mercredis et vendredis de chaque semaine à l'auberge du «Veau-Sevré. »

Et l'on voit en effet, toutes les semaines, le jeune et beau docteur s'avancer dignement dans le village, saluant profondément tous les paysans ahuris. Il tourne autour des maisons où on lui a signalé un malade. Il contrôle les médications instituées par ses confrères, les juge d'un haussement d'épaules dédaigneux. Il promet la guérison aux phtisiques, et, quand ils meurent, il trouve la cause de la catastrophe dans une maladie qu'antérieurement les médecins du pays ont mal soignée.

Et pendant qu'il travaille de la sorte, sa femme s'en va chez les clients des confrères faire une savante réclame ; le maire gagné agit près du préfet ! le baron juif impose à ses féaux serviteurs le médecin de son choix, etc., etc.

Et les vieux praticiens qui regardent se disent avec moi :

« Là où régnaient la paix, l'aisance, l'honneur, vont régner la guerre, la pauvreté, et l'humiliation. »

Laudator temporis acti.

N. D. L. R. — Tout cela est bien triste en vérité ; mais il faut espérer que pareil état de choses ne peut durer qu'un temps. *Sursum corda.*

teux ou chez des cardiaques et non chez des obèses.

« Nous croyons qu'on évitera tout accident si on tient compte des contre-indications, si on procède avec prudence au point de vue des doses, surtout au début, si enfin on suit de près la courbe du poids pour éviter un amaigrissement trop rapide et trop considérable.

« Dans le cas de mort subite rapporté par Chauffard, il s'agissait d'un homme de 34 ans, atteint d'obésité héréditaire ; après avoir pris quotidiennement pendant un mois 10 centigr. d'extrait thyroïdien, ce malade présenta des accidents cardiaques, arythmie, oligurie (urine 500), qui entraînèrent la mort ; il avait maigri de *11 kg.* dans les *15 premiers jours* du traitement. Il est noté dans l'observation que le sujet était *tachycardique* (90 et 100) et que les battements du cœur étaient sourds.

« On a signalé aussi des accidents d'œdème aigu du poumon analogue à l'œdème aigu des aortiques. »

Hygiène et diététique de la fièvre typhoïde.

Voici d'après M. le Prof. *Rauzier*, de Montpellier, (in *Montpellier médical* et *Gaz. des Hôp.*) les principales indications hygiéniques et thérapeutiques au cours de la fièvre typhoïde :

Indications hygiéniques. — I. Eviter l'ingestion de tout aliment,susceptible d'exercer, au niveau des plaques ulcérées, une irritation fâcheuse.

II. Veiller à la liberté du ventre et favoriser la diurèse.

III. Soutenir les forces du malade, compromises par une longue évolution.

IV. Prévenir la transmission infectieuse.

1° Traitement hygiénique. — I. Installer le malade, dès le diagnostic acquis ou supposé, dans une chambre vaste et aérée, que l'on débarrassera de tous tapis, rideaux et tentures, et que l'on maintiendra jour et nuit à une température de 16 à 18 degrés. Couvrir modérément le malade. Demi-obscurité, calme et silence. Aérer la chambre plusieurs fois par jour. — Prendre la température axillaire ou rectale, en principe toutes les trois heures. — Couper les cheveux ras (ils sont presque à coup sûr destinés à tomber au moment de la convalescence) ; en cas de refus, chez la femme, natter solidement la chevelure pour éviter une agglomération broussailleuse, cause de gêne et de douleur.

II. Les bains tièdes font partie de l'hygiène du typhoïsant ; on les donne habituellement à 32 degrés et de quinze minutes de durée ; leur nombre varie, le plus souvent, de 2 à 4 par jour. Au sortir du bain, le malade est placé, sans être essuyé, dans une couverture en laine ou en coton, étendue sur son lit et légèrement chauffée ; on l'enferme hermétiquement dans la couverture, en ayant soin de plier chaque membre inférieur, isolément dans un pan de la couverture, et d'interposer entre les bras et le thorax un carré de flanelle. Une bouillote d'eau chaude est placée aux pieds, et le reste des couvertures, préalablement roulé au fond du lit, est ramené sur le malade. Ce dernier demeure vingt à vingt-cinq minutes emmailloté de la sorte ; pour éviter toute fatigue au patient au moment de remettre son linge, il est bon d'ouvrir, en arrière et sur la ligne médiane, les chemises qu'il portera pendant sa maladie, de façon à n'avoir qu'à les appliquer sur la partie antérieure du corps, sans faire asseoir le malade.

La température doit être, de temps en temps, prise une demi-heure après le bain, pour apprécier l'action de ce dernier sur la thermogenèse.

Les bains frais ou froids, le bain progressivement refroidi, les affusions, constituent des interventions thérapeutiques à proprement parler et n'appartiennent point à l'hygiène du typhoïsant.

III. Nettoyer l'orifice buccal, deux fois par jour, avec un fragment de citron, et laver la cavité buccale, à plusieurs reprises dans la journée, avec de l'eau de Vichy additionnée, par litre, de X gouttes d'essence de menthe.

IV. Laver, deux fois par jour, le gros intestin avec un litre d'eau fraîche préalablement bouillie. En cas de constipation, ou s'il y a d'autres indications à remplir, ce lavement peut servir de véhicule à des substances médicamenteuses.

Chaque garde robe doit être examinée avec soin, de manière à surprendre la moindre trace de mélæna.

V. Alimentation exclusivement liquide pendant toute la durée de la fièvre : administrer toutes les deux heures, en alternant, un bol de lait, de bouillon (additionné d'une cuillerée à soupe de jus de viande pendant la deuxième période de la maladie) ou de chocolat clair : toutes boissons données chaudes ou à la température de la chambre au gré du malade. Dans les intervalles des prises alimentaires : eau vineuse, eau alcoolisée, limonade crue ou cuite, thé ou café léger (additionné d'une cuillerée à café de rhum par tasse), bière légère, décoction de céréales. Favoriser l'ingestion abondante des boissons (lavage interne) : 3 à 4 litres environ par vingt-quatre heures, y compris les liquides alimentaires.

VI. Rechercher tous les deux ou trois jours la présence de l'albumine dans les urines et, en cas de résultat positif, mettre le malade au régime lacté absolu.

VII. Modifier de temps en temps le décubitus du malade pour éviter la stase bronchique et les escarres ; veiller à la propreté de la région fessière, qu'on maintiendra soigneusement à l'état sec.

VIII. Prudence extrême au moment de la *convalescence.* Prévenir le malade et son entourage des dangers d'une alimentation prématurée. N'autoriser le premier potage que le matin du troisième jour qui suivra l'apyrexie complète (au-dessous de 37 degrés matin et soir) ;

Le quatrième jour, potage matin et soir ;

Le cinquième jour, potage et œuf le matin ;

Le sixième jour, potage et œuf matin et soir ;

Le septième jour, potage accompagné de cervelle ou poisson ;

Le huitième jour, côtelette avec un peu de pain.

A partir de ce moment, accroître l'alimentation suivant une lente et quotidienne progression ; ne point autoriser de longtemps les crudités, les légumes pourvus d'une enveloppe cellulease, les fruits à pépins. Veiller à ce que le

sujet mange lentement et mâche aussi complètement que possible les aliments.

Permettre au malade de se lever le lendemain du jour où il aura pris sa première côtelette ; il restera levé une heure le premier jour (de préférence entre deux et trois heures de l'après-midi), deux heures le lendemain, trois à quatre heures le surlendemain ; et ainsi de suite. Autoriser la première sortie huit jours après le lever, sauf contre-indication.

2° PROPHYLAXIE. — A. *Prophylaxie individuelle.* — I. En temps d'épidémie, traiter énergiquement tout embarras gastro-intestinal, la période dite prodromique de la dothiénenterie n'étant bien souvent qu'un malaise indépendant de l'infection éberthienne, et à la faveur duquel celle-ci se développe.

Ne boire que de l'eau bouillie ou filtrée (filtre Chamberland), ou additionnée d'alun dans la proportion de 0,20 centigrammes par litre, ou encore une eau minérale authentique. Faire bouillir le lait et laver les légumes avec de l'eau aseptique.

B. *Prophylaxie de l'entourage du malade.* — I. Isolement relatif, la maladie étant peu contagieuse par l'air. Le contact de ceux qui approchent le typhique, l'entrée de sa demeure, ne doivent pas être redoutés, à l'instar de ce qui se passe dans les cas de fièvres éruptives ou de diphtérie.

II. Désinfecter soigneusement les garde-robes et les cabinets avec une solution de sulfate de cuivre à 60 grammes par litre, de sublimé au millième, ou de sulfate de fer au dixième.

Les personnes qui soignent le malade doivent revêtir une blouse et se laver les mains avec attention après avoir touché le patient, ses vêtements ou sa literie ; elles prendront leurs repas en dehors de la chambre du typhoïsant.

III. Ne point donner le linge du malade à blanchir sans désinfection préalable. Envoyer tout le linge à l'étuve ; en l'absence d'étuve, désinfection à la lessive bouillante, dans la maison même.

IV. La maladie une fois terminée, envoyer à l'étuve toutes les étoffes et les divers tissus contenus dans la chambre du malade ; désinfecter la chambre à l'acide sulfureux ou au formol ; laver les meubles et le parquet avec une solution de sublimé au millième.

C. *Prophylaxie publique.* — I. En cas d'épidémie, faire analyser les eaux destinées à l'usage courant de la population, et soustraire à la consommation les eaux infectées ou purement suspectes.

Alimenter, autant que possible, les villes en eau de source, « et la conserver pure tant dans le trajet d'amenée que dans le réseau de distribution urbaine ». (Brouardel et Thoinot.)

Porter à la connaissance du public les mesures de prophylaxie individuelle indiquées plus haut.

II. Pousser à la généralisation du tout à l'égout. Veiller à ce que les égouts ou les fosses d'aisances d'une part, les conduites d'eau d'autre part, soient étanches, et que des infiltrations ne puissent s'opérer.

III. En temps d'épidémie typhique, ceux qui ont la direction et la responsabilité de certaines agglomérations d'individus (armée, établissements d'enseignement) doivent veiller, dans la mesure du possible, à l'observation des règles relatives à la prophylaxie individuelle, et s'abstenir de provoquer et de favoriser le surmenage de leurs administrés. — Dissoudre et licencier une agglomération sérieusement envahie.

IV. La fièvre typhoïde fait partie du groupe des maladies épidémiques soumises à la déclaration obligatoire (loi de 1892).

La rubéole.

Dans une récente conférence clinique, M. le Dr *Variot*, de Paris, a montré la différence bien nette qui sépare la rubéole de la rougeole et de la scarlatine. Quelques passages, notamment, sont à retenir : La rubéole est une maladie peu commune en France, mais qu'il faut savoir néanmoins reconnaître. C'est une erreur grave de croire que tout ce qui n'est pas la rougeole doit être rapporté à la scarlatine, et réciproquement.

La rubéole est un exanthème spécifique, différant complètement de la rougeole et de la scarlatine, dont elle n'est nullement une forme intermédiaire ou hybride. Il n'y a pas de maladies hybrides. La rubéole est très souvent méconnue et c'est ainsi que longtemps en France elle fut classée parmi les roséoles. A poser le diagnostic exact, il n'y a pas seulement un intérêt doctrinal, car bien des faits démontrent la contagiosité de cette affection. Cette affection est en général si bénigne que l'on se demande si elle vaut la peine d'être isolée, car elle ne se complique presque jamais ; cependant les médecins anglais en redoutent l'explosion dans les collèges presque à l'égal de la rougeole et prennent toutes les mesures pour éviter sa propagation.

L'isolement, qu'on le pratique ou non, ne doit pas excéder une quinzaine de jours, tandis qu'il doit être prolongé six semaines dans la scarlatine. Même au point de vue prophylactique, il est donc très important de bien distinguer la rubéole de la scarlatine.

Fièvre aphteuse et lait pasteurisé.

A l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, *M. le Dr Josias* a rapporté qu'il avait observé chez un enfant de 13 mois une fièvre aphteuse avec phénomènes d'infection graves, qui avaient pu faire penser à une fièvre typhoïde et dont l'intérêt principal vient de ce que l'enquête permit d'établir que le lait dont se nourrissait l'enfant provenait d'une étable infectée et ne subissait qu'une ébullition insuffisante. Les faits de ce genre sont maintenant fort nombreux. Il demande, en conséquence, à l'Académie, d'émettre le vœu que les règlements sanitaires n'autorisent la vente du lait produit dans les vacheries où sévit la fièvre aphteuse, qu'après que ce lait, en totalité, aura été bouilli ou pasteurisé à 85°. Cette dernière température en effet est suffisante pour détruire la virulence aphteuse et n'a pas l'inconvénient de donner le *goût de cuit* au lait.

M. Nocard fait remarquer à ce propos qu'il est facile de donner une sanction à ce règlement ; en effet, grâce à la réaction de Sterch, les agents du service sanitaire pourront aisément s'assurer que le lait des vacheries où règne la maladie a bien été pasteurisé à 85 degrés. Voici en quoi elle consiste : à 10 centimètres cubes du lait sus-

pect, on ajoute quelques gouttes de la solution médicinale d'eau oxygénée ; après agitation on y laisse tomber deux ou trois gouttes d'une solution à 2 p. 100, fraîchement préparée, de paraphénylendiamine ; si le lait n'a pas été chauffé, il prend immédiatement une coloration gris bleuâtre qui vire promptement au bleu indigo foncé ; le lait reste blanc s'il a été porté à une température supérieure à 80 degrés ; la réaction est si sensible qu'elle se produit même si l'on a ajouté au lait chauffé 5 p. 100 de lait non chauffé.

En Danemark, une loi prescrit de pasteuriser à 85 degrés tout lait destiné à la consommation de l'homme ou des animaux, et ce, en vue de combattre les progrès de la tuberculose; le procédé qui vient d'être indiqué permet le contrôle; l'an dernier, il a été appliqué à plus de 10.000 échantillons prélevés par les agents du service, et il a donné les résultats les plus satisfaisants. (*Journ. de méd. et de chirur.* de Lucas-Championnière).

Diagnostic des érythèmes de la diphtérie et de la scarlatine.

Tous les praticiens connaissent les embarras du diagnostic des érythèmes diphtériques et de la scarlatine vraie, tant au point de vue du traitement qu'au point de vue de l'isolement.

M. le Dr *Félix Lobligeois* a consacré sa thèse à l'étude des moyens de faciliter ce diagnostic. La nature de ses recherches lui ayant fait examiner les urines de ses malades, M. Lobligeois s'est demandé si la diazo-réaction ne pourrait pas, en pareil cas, donner des renseignements utiles. C'est qu'en effet la diazo-réaction est presque toujours négative dans la diphtérie accompagnée ou non d'exanthème. Il y a donc là un signe différentiel d'autant plus important que la diazo-réaction de Erlich est un procédé clinique dont l'application est assez facile.

Nous en rappellerons la technique d'après MM. Lœper et Oppenheim :

Ajoutez trois gouttes de la solution suivante :

Nitrate de soude..........	1 gr.
Eau......................	200 gr.

à cinq centimètres cubes de la liqueur suivante :

Acide sulfanilique.........	5 gr.
Acide chlorhydrique.......	50 gr.
Eau......................	1 litre.

Mêler avec quantité égale d'urine et ajouter goutte à goutte de l'ammoniaque ; la coloration obtenue à la surface du liquide varie de la couleur ambrée au rouge cerise. La diazo-réaction est dite positive quand cette coloration obtenue est rouge vermillon (réaction douteuse) ou rouge cerise (réaction certaine). Pour éviter d'être trompé par les pseudo-colorations, agiter le liquide : la mousse obtenue au-dessus du liquide est jaune ou caramel en cas de réaction négative, rosée en cas de réaction positive.

M. Lobligeois conclut donc d'après un grand nombre de faits qu'il a étudiés, que :

1° Quand la diazo-réaction est négative au moment où se produit l'éruption, il y a une forte présomption pour qu'il ne s'agisse pas de scarlatine.

2° Quand, dans les mêmes circonstances, la diazo-réaction est positive, on peut, presqu'à coup sûr, dire que l'on est en présence d'une scarlatine.

Le cancer aigu, infectieux.

M. le Dr *G. Flouret*, de Vinsobres (Drôme), a consacré sa thèse à l'étude du cancer à marche aiguë et infectieuse : il en cite 12 observations très précises. Le cancer peut, comme la tuberculose, revêtir une forme galopante et évoluer en 5 ou 6 semaines ou quatre à six mois.

C'est toujours avec fracas qu'évoluent ces cancers aigus. L'état général est rapidement et profondément affecté. Les signes locaux, toujours considérables cependant, sont relégués au second plan, pendant que la fièvre s'allume et oscille chaque jour, sans subir de rémission marquée, pendant que se produisent les localisations secondaires et que survient la cachexie, affirmant un pronostic fatal et à brève échéance.

Cette évolution rapide, avec de grands symptômes et un pronostic rapidement assombri, atteste une similitude clinique très prononcée entre le cancer aigu et les maladies infectieuses. L'étude de la symptomatologie fait ressortir davantage encore cette similitude.

Quel que soit l'organe sur lequel il siège (parotide, corps thyroïde, sein, testicule, etc.), il peut s'accompagner d'œdème, de rougeur, de fièvre, de température locale et de cachexie. Il peut provoquer, en un mot, des symptômes qui simulent une infection de l'organe et rendent le diagnostic particulièrement difficile.

Gangrènes primitives multiples de la peau.

D'après la thèse du Dr *E. Veillon*, de Lyon, il existe une dermatose caractérisée par l'apparition spontanée, en dehors de toute diathèse, d'éléments très divers à évolution inflammatoire ou gangréneuse pouvant s'étendre, sous forme de poussées successives, à toute l'étendue du revêtement cutané.

Quel que soit le mode de début (érythème, vésicule, papule, pustule, etc.), l'évolution consécutive de ces éléments est triple : les uns avortent, marquant leur place par une macule assez persistante ; les autres évoluent comme un echtyma ordinaire avec les stades classiques d'infiltration (ulcération, croûte) et de cicatrisation par bourgeonnement sans perte de substance ; les derniers enfin, les plus intéressants, se nécrosent à leur partie centrale, une croûte noire se constitue, se détache et s'élimine, laissant une ulcération qui, plus tard, sera marquée par une cicatrice indélébile, atrophique, superficielle ou profonde.

Il est difficile d'affirmer la nature de cette dermatose. Cependant, la fréquence d'une blessure, à l'origine, l'évolution par poussées successives, souvent fébriles, les phénomènes concomitants d'adénite et d'inflammations glandulaires, les greffes accidentelles, enfin l'examen anatomo-pathologique sont en faveur d'une maladie infectieuse, dont les lésions se multiplient par auto-inoculation.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Lésions traumatiques du testicule et des bourses.

Le siège des affections du testicule et des bourses et la similitude des symptômes de ces diverses affections sont cause que, dans bien des cas, le médecin se montre sceptique vis-à-vis des malades qui viennent lui affirmer que l'origine de leur mal est une blessure, un accident du travail. « Peuh ! répond le médecin ; coup de pied dans les parties, dites-vous ? effort en travaillant ? Moi : je vous dis et vous le savez aussi bien que moi : c'est un coup de pied de Vénus. Vous aviez une blennorrhagie négligée ou mal soignée et un excès de fatigue ou un mouvement brusque vous a fait percevoir la douleur d'une orchite au début. »

Certes, il y a bien 90 cas sur 100 pour lesquels ce raisonnement est parfaitement juste : beaucoup de malades finissent par en convenir, s'ils ne sont pas de mauvaise foi. Mais, toutes les affections des parties ne sont pas vénériennes ; tant s'en faut ; et, en dehors des varicocèles, des hydrocèles, des syphilomes, des sarcomes et des tuberculomes de l'épididyme et du testicule, il existe des lésions traumatiques bien réelles du testicule et des bourses.

L'étude de ces lésions est très nécessaire pour bien établir son diagnostic et ne pas risquer de commettre vis-à-vis d'un vrai blessé une injustice et une erreur préjudiciable, en le classant à tort comme vénérien.

Nous suivons dans cette étude le travail que M. le Dr Laigle, de Charleroi, a publié dans les *Annales médico-chirurgicales du Hainaut.*

I

Le professeur Tillaux a proposé d'appeler le testicule et ses enveloppes, les bourses, du nom compréhensif de *région scrotale.*

« Cette région scrotale acceptée, ce qui frappe le plus en elle, c'est l'absence complète de protection contre les agents vulnérants et même une disposition capable de favoriser l'action nocive des violences extérieures. En effet, les testicules, appendus à la région pubienne, flottant, suivant l'expression plaisante d'un auteur, au devant des cuisses, ne sont guère protégés que par la saillie de celles-ci et par la contraction réflexe du dartos et du crémaster. D'autre part, ils sont entourés de plans solides, les cuisses, le pubis, le bas de la paroi abdominale, qui les empêchent de fuir les traumatismes et donnent à ceux-ci le point d'appui dont ils ont besoin pour s'exercer d'une façon effective.

« Ce dispositif défavorable, mal compensé par la protection des vêtements, explique la grande fréquence des traumatismes qui atteignent ces organes et l'importance des désordres qui peuvent résulter de ces traumatismes. Nous rencontrerons ici tous les degrés de gravité, depuis la meurtrissure insignifiante jusqu'à la castration traumatique et toutes les formes de blessures, piqûres, coupures, contusions, plaies contuses, etc.

« Les piqûres ont généralement peu de gravité lorsqu'elles n'atteignent que les enveloppes ; celles-ci sont, en effet, d'une élasticité qui leur permet d'effacer presqu'immédiatement la trace de l'instrument piquant. Elles sont, en outre, d'une grande vascularisation qui permet une cicatrisation rapide et met à leur disposition une active phagocytose s'opposant aux infections.

« Il est rare que les piqûres atteignent le testicule ou même la vaginale, l'extrême mobilité des enveloppes et du testicule lui-même étant cause qu'en général la pointe traumatisante se perd obliquement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

« Les cas connus de piqûre du testicule sont presque tous d'origine chirurgicale et, d'ordinaire, surviennent à la suite de la ponction de l'hydrocèle. Cet accident opératoire est, du reste, relativement peu redoutable et il n'eut pas souvent de suites fâcheuses, même à l'époque où l'antisepsie n'était pas connue. Malgré une douleur vive au moment de la piqûre, tout se borne d'ordinaire à un épanchement sanguin intra-vaginal. Les auteurs n'ont même pas, que je sache, signalé de vaginalite consécutive, quoiqu'il faille en admettre la possibilité. Un accident plus grave de la ponction d'hydrocèle, suivie d'injection de teinture d'iode, c'est la pénétration de cette substance dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les vaisseaux étant nécrosés par le liquide irritant, il se produit une gangrène des bourses qui peut prendre les proportions les plus alarmantes et même entraîner la mort du sujet.

« Si les piqûres de la région sont rares, il en est autrement des coupures ; celles-ci se rencontrent en chirurgie de guerre, résultant alors de coups de sabre, de baïonnette, etc... ; elles sont, le plus souvent, le résultat d'attentats criminels, généralement liés à des crimes passionnels ; enfin elles ont parfois pour motifs des tentatives d'auto-mutilation, toujours peu explicables pour les observateurs désintéressés.

« La gravité de ces coupures varie, nécessairement, avec leur profondeur. Lorsqu'elles n'intéressent que les téguments, on en est quitte pour suturer ceux-ci aseptiquement ; mais, dans ces sutures, on aura à tenir compte de la tendance qu'ont les lèvres de la plaie, par suite de la rétraction du dartos, à se recroqueviller en entropion, disposition qui nécessite un affrontement très exact des surfaces avivées et l'on ne songera guère, en pareil cas, à la suture en surjet ; on emploiera les points séparés, qui devront être nombreux.

« Lorsque la coupure pénètre dans la vaginale, mettant ainsi à nu le testicule, si la plaie est trop petite pour donner issue à l'organe, la réparation spontanée de la brèche peut se faire, grâce à une prolifération surtout active au niveau de la viscérale. Ce mode de guérison doit être évité autant que possible, car il produit une cicatrice adhérente au testicule ; or, comme l'a fait observer, le premier, Gosselin, l'adhérence des deux feuillets de la vaginale s'accompagne d'anémie testiculaire et de disparition des spermatozoïdes. Il faut donc, dans ces cas, suturer la vaginale, puis les plans superficiels.

« Si le testicule est sorti par la boutonnière et qu'il reste abandonné à lui-même, la rétractilité des enveloppes amène l'étranglement de

l'organe hernié ; si cet étranglement n'est pas suffisant pour amener la gangrène, la réparation se fait encore par bourgeonnement.

« L'intervention est donc indispensable et devra être aussi précoce que possible ; si l'on attend, des adhérences se produiront entre les deux feuillets de la vaginale, au niveau de la boutonnière et la réduction du testicule sera impossible. Voillemier a même signalé un cas où ces adhérences existaient 48 heures après l'accident.

« L'intervention doit donc être immédiate : elle comporte la réduction du testicule, après réparation au catgut des lésions qu'il pourrait porter, la suture au catgut de la vaginale pariétale et la suture à la soie de la peau, le tout sous le couvert d'une rigoureuse antisepsie.

« On peut quelquefois rencontrer des cas où la réduction immédiate du testicule est impossible, ce qui est dû, soit à ce que le testicule a été projeté au dehors à travers une ouverture petite mais élastique, soit à une contracture du dartos soit à l'œdème du testicule.

« Pour obtenir le relâchement du dartos, on peut appliquer des compresses d'eau chaude, ou mieux, agrandir l'ouverture et réduire sur le champ. Il y a, cependant, des cas de coupure où, en raison de la gravité des lésions, la restitution n'est plus possible du tout : il ne reste alors qu'à pratiquer la castration. »

II.

CONTUSIONS ET ÉPANCHEMENTS.

Les coupures de la région scrotale peuvent donner de la besogne au chirurgien : elles sont bien moins fréquentes cependant que les contusions. « Celles-ci, en effet, peuvent nous atteindre tous, à tout moment, alors même que nous paraissons le moins exposés. Tel est le cas suivant :

« Un client de M. Laigle, procédant en costume réduit à sa toilette, repoussa de la cuisse un tiroir qu'il venait d'ouvrir et y enferma ses testicules avec assez d'énergie, pour en souffrir pendant plusieurs jours. Je pourrais citer aussi un pharmacien qui, reposant aux côtés de sa douce compagne en voie d'assoupissement, reçut de celle-ci un inconscient coup de genou qui le tint au lit 48 heures.

« Mais ces contusions ne surviennent pas toujours, loin de là, dans de telles conditions de repos et de vie familiale : elles ont souvent pour causes des coups de pied d'homme, de cheval, des coups de corne, des morsures, des chutes à califourchon, etc., voir des tentatives amoroso-criminelles, ainsi que j'en ai connu un cas : un monsieur, possédant une situation très en vue et une femme très nerveuse, fut un jour appréhendé par celle-ci, au cours d'une scène de jalousie, au niveau de la région qui nous occupe, laquelle fut assez endommagée pour obliger la victime à un repos complet de quelques jours et lui faire envisager l'opportunité d'une action en divorce.

« Certaines de ces contusions peuvent être assez légères pour qu'on en ait rien à dire. Elles peuvent, à un degré plus sérieux, atteindre les tissus sous-cutanés, assez gravement pour y produire des déchirures vasculaires, et, consécutivement, des hématomes diversement situés. Ces hématomes, fréquents chez l'adulte à la suite d'efforts, se rencontrent surtout chez le nouveau-né malencontreux qui se présente par les fesses et expose ainsi à de fatales pressions la racine de son scrotum. De telles lésions ont produit parfois la gangrène du scrotum et la mort de l'enfant. L'épanchement sanguin se produisant dans la vaginale réalise l'hématocèle traumatique, lésion rare, due à la rupture d'un vaisseau du testicule.

« Ces formes de contusion sont toutes, en résumé, peu graves par elles-mêmes ; elles ne nécessitent d'autre traitement que le repos absolu dans une position qui permette de soutenir et même de relever les testicules, des compresses d'eau chaude, additionnées d'un peu de teinture d'arnica ; enfin, au cas où les douleurs ou bien le gonflement ne seraient plus tolérables, l'application de quelques sangsues.

« Lorsque la contusion atteint la glande elle-même, il se produit d'ordinaire une douleur extrêmement aiguë, d'un caractère particulier, provoquant une tendance à *la syncope*.

« Chose curieuse, il peut arriver que les téguments ne présentent que peu ou pas de traces de trausmatisme ; cette particularité se rencontre surtout lorsque le testicule a été empêché de fuir le corps contondant, qu'il a été pressé entre celui ci, d'une part, la cuisse, le pubis ou un autre corps dur, d'autre part. Le tissu testiculaire, très délicat, peut alors être affecté sans qu'il y ait de symptômes extérieurs.

« Les lésions présentées par le testicule contusionné se réduisent, dans les cas les plus légers, à de petites suffusions sanguines, à de petits hématomes intra-testiculaires. Au degré le plus grave, on peut rencontrer l'écrasement de la glande ; l'albuginée éclate et son contenu, réduit en bouillie, se répand dans la vaginale. Cette forme maximale de la contusion entraîne d'ordinaire les complications les plus graves : suppuration, gangrène, etc., la terminaison la plus favorable d'un pareil accident est la perte de l'organe, voué à une atrophie inévitable.

« Comme épiphénomènes de la contusion testitulaire, on a noté des lésions relativement rares connues sous le nom d'ectopie acquise et de luxation du testicule, l'ectopie consistant en l'ascension du testicule vers le canal inguinal, la luxation, phénomène plus grave, correspondant à un traumatisme plus violent, caractérisé par la projection du testicule en un endroit plus ou moins éloigné du trajet inguinal. Les deux seuls cas signalés de luxation sont dus au passage d'une roue sur les organes génitaux. Dans l'un des cas, le testicule fut porté dans le pli de l'aine ; dans le second, on trouva la glande sous la peau de la racine du pénis.

« L'ectopie ou ascension du testicule peut résulter de traumatismes relativement légers, puisqu'on l'a même vu se produire d'une façon durable par la seule action du réflexe crémastérien. Kocher cite, en effet, le cas d'un adulte chez qui le phénomène se montra à la suite d'un coït interrompu par une frayeur et dont les testicules ne réintégrèrent leur domicile scrotal qu'après cinq mois. Dans l'ectopie traumatique, on peut voir le testicule franchir le canal inguinal et rentrer dans l'abdomen, migration en re-

tour qui ne peut évidemment se produire que chez les enfants ou les adultes jeunes à trajet inguinal infantile, le canal péritonéo-vaginal étant resté perméable. Reclus cite des cas de Salmuth, Schenkin et Hamilton ; sur 3 cas, deux furent suivis de mort. De pareilles complications de la contusion testiculaire sont très rares. Plus fréquentes sont l'orchite, l'épididymite traumatiques ; elles présentent les caractères micro et macroscopiques de toute inflammation et paraissent être le fait d'un acte défensif des tissus, les vaisseaux se dilatant, les espaces intercellulaires s'engorgeant et une active diapédèse se produisant, pour détruire et éliminer les liquides épanchés et les cellules frappées de dégénérescence. Peut-être, du reste, démontrera-t-on, un jour, que ces complications inflammatoires sont le fait de microorganismes charriés par le sang du sujet ou apportés dans les tissus lésés par l'ouverture des canalicules en relations lointaines avec l'extérieur. Ce qui donne du reste du poids à cette dernière hypothèse, c'est que les phénomènes de phlogose n'éclatent qu'un jour ou deux après l'accident, alors que les phénomènes de contusion disparaissent, l'intervalle représentant le stade d'incubation.

« Une forme d'orchite traumatique qui présente le plus grand intérêt pour les médecins exerçant en pays industriel, c'est l'orchite par effort. Niée par certains auteurs, elle est aujourd'hui admise par des chirurgiens tels que Reclus, Duplay, Schwartz, Monod, Terrillon. Pour ma part, j'en ai observé des cas, que je crois authentiques. L'orchite par effort s'explique, du reste, aisément, par la tension des muscles de l'abdomen, formant à l'anneau inguinal un plan résistant contre lequel le crémaster en contraction viendrait écraser le testicule.

« La vaginalite traumatique s'explique nécessairement, aussi bien que l'orchite, et ne paraît guère pouvoir exister en dehors de cette dernière. La forme suppurée est attribuée à une infection microbienne apportée du dehors par la déchirure de canaux séminifères. La vaginalite traumatique peut aussi affecter la forme plastique ou la forme séreuse, à laquelle on donne le nom d'hydrocèle aiguë. Celle-ci pourra-t-elle passer à l'état chronique ? Le fait n'est pas admis par les auteurs et aucun cas incontestable n'en est cité. En tout cas, il n'est pas impossible que nous nous trouvions en présence d'une hydrocèle attribuée à un traumatisme ou d'une contusion accusée d'avoir fait naître un varicocèle. Le varicocèle d'origine traumatique est admis par tout le monde et on lui accorde cette particularité de n'apparaître que dix ou quinze jours au moins après l'accident.

« J'ai eu, un jour, l'occasion de voir un petit jeune homme qui après une chute à califourchon sur le bord d'une cuvelle, me montra un énorme varicocèle, résultat immédiat et indiscutable, selon son dire, de l'accident. Ce varicocèle n'était pas douloureux ; le blessé, encore peu expert en l'art de la simulation, ne manifestait son déplaisir, quand je palpais la tumeur, que par quelques grimaces d'une sincérité plus que douteuse. Il n'y avait aucune trace extérieure de contusion. Le périnée était, au dire du blessé, le siège du maximum de douleur. J'eus beaucoup de peine à croire qu'une contusion aussi indirecte et aussi légère eût pu produire en si peu de temps un varicocèle aussi volumineux, aussi dur et, en résumé, d'aspect aussi chronique. Un confrère désigné par la compagnie d'assurances intéressée fut de mon avis et rejeta le sinistre.

« De tous les traumatismes de la région scrotale, les plus graves sont, sans contredit, les plaies contuses. Résultant de violences généralement considérables, telles que coups de corne, arrachement par des crochets, écrasement ou plaies par armes à feu, elles peuvent aller jusqu'à la destruction totale du testicule et de ses enveloppes. Etant donnée la grande variété des lésions que peuvent entraîner de semblables causes, il est difficile d'en donner une description générale. Lorsque le testicule lui même n'est pas atteint et fait hernie, la situation ne diffère guère de celle que nous avons envisagée à propos des coupures et il est relativement rare, vu l'ampleur des enveloppes, que l'on ne puisse trouver de quoi les reconstituer.

« Une des caractéristiques de ces hernies violentes du testicule, c'est que celui-ci, en pareil cas, pend généralement très bas, le cordon s'allongeant d'une façon inattendue, jusqu'à mi-cuisse très souvent.

« Cette circonstance se présentait notamment chez un homme qui, atteint d'un coup de crochet dans la région scrotale, par suite d'un accident d'usine, fut soigné, il y a longtemps, par le Dr Lefèvre père. Celui-ci rentra les deux testicules, sutura comme de droit et obtint une guérison parfaite. L'intérêt de ce cas réside en ceci, qu'il est antérieur à l'ère de l'antisepsie.

« Les auteurs relatent de nombreux cas, très instructifs, de plaies contuses de la région scrotale. Je me borne à celui-ci, rapporté par Reclus, d'après Témoin, et intéressant au point de vue des suites :

« Pendant la guerre de Crimée, un soldat français ramenait, quoique blessé d'un coup de baïonnette à la cuisse, un prisonnier russe, lorsqu'il fut frappé au bas-ventre d'un éclat d'obus. La verge, coupée à la racine, fut retrouvée sur le champ de bataille ; le testicule gauche, emporté, ne fut pas retrouvé ; le droit pendait hors des bourses déchiquetées ; la cicatrisation fut cependant rapide et, au-dessus de la glande solitaire, on voyait un méat par où s'écoulait l'urine. Plus tard, dit Témoin, des modifications tant physiques que morales se manifestèrent chez le sujet. La figure gagna un embonpoint épais, général, uniforme, effaçant les lignes et méplats du visage. Le caractère de cet homme, soldat d'une vaillance éprouvée, devint fantasque, impressionnable et mobile. Bref, le 2e testicule s'étant atrophié, cet homme fut transformé en un parfait ennuque.

« Plus heureux fut Danton. On lit dans les biographies du célèbre conventionnel que, dans son enfance, il eut affaire à un taureau qui l'arrangea fort mal, lui labourant la face de façon à en faire plus tard un des hommes les plus laids de France et de plus, lui faisant des lésions qui mirent en danger sa virilité. Mais on sait que, si menacés que furent ce jour-là les testicules de Danton, ce ne fut jamais cela qui lui manqua.

« Quelques chiffres extraits de statistiques militaires montrent la gravité des plaies contuses de cette région ; sur 586 cas, Otis, dans la guerre

de Sécession, aurait trouvé une mortalité de 18% En Crimée, sur 11 cas, Chenu constate 6 fois la perte de l'organe, 4 fois son atrophie. En Italie, le même auteur, sur 13 cas, signale 8 fois la perte, 3 fois l'atrophie de l'organe. Toutefois on est en droit de croire qu'actuellement la pratique généralisée de l'asepsie et de l'antisepsie donnerait aux chirurgiens des statistiques beaucoup plus consolantes. »

III.

DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC.

Il faut toujours être sur ses gardes en présence d'une déclaration d'accident par un blessé, qui peut souvent chercher à profiter de la nouvelle loi sur les accidents pour faire considérer comme traumatique une orchite syphilitique ou blennorrhagique. Après avoir proclamé la réalité des orchites traumatiques, nous tenons à revenir sur ces difficultés de diagnostic.

Pour diagnostiquer l'orchite blennorrhagique, rien de plus simple : la pression de l'épididyme est très douloureuse et la pression du canal uréthral fait sourdre une ou plusieurs gouttes de sérosité purulente.

Mais, pour l'orchite syphilitique, la difficulté est réelle. Reportons-nous, pour tâcher de la surmonter, aux conseils donnés par M. le prof. Dieulafoy dans une récente clinique :

« Il existe des formes d'orchite syphilitique aiguë, à début brusque, avec douleurs vives, rougeurs du scrotum. Le testicule est gonflé, douloureux. On songe à la blennorrhagie, mais le malade n'a pas eu de blennorrhagie ; d'autre part, l'épididyme n'est pas isolable. Il est perdu dans la masse globuleuse du testicule. On écarte l'idée d'une orchite ourlienne, typhoïdique, goutteuse. Les antécédents suffisent à faire rejeter pareilles formes. On hésite davantage avec l'orchite tuberculeuse aiguë ; mais là encore, c'est l'épididyme qui est touché ; une induration douloureuse est perçue au niveau de la queue de l'organe ; en outre, il existe des lésions de la prostate, du cordon ou des vésicules séminales, cela est exceptionnel au cours de la syphilis.

« Dans la syphilis, à part l'épididymite secondaire de Dron, c'est toujours le testicule qui est pris le premier. De plus, la prostate est saine.

« Dans les cas de doute, on pourra recourir au séro-diagnostic, à la réaction agglutinante que présentent les tuberculeux et qui fait défaut chez les syphilitiques.

« Dans la forme scléro-gommeuse ordinaire, les testicules sont gros, indurés, ligneux, indolents ; les bourses normales, non adhérentes. L'épididyme n'est pas isolable et se confond avec le testicule. La sensibilité spéciale de la glande a disparu. C'est cette forme qui peut simuler, aussi bien d'ailleurs que la forme végétante, une tumeur maligne de l'organe. On dit, il est vrai, que les tumeurs malignes ont un développement rapide, s'accompagnent d'un engorgement des ganglions du pli de l'aine, et que le testicule syphilitique évolue lentement et sans réaction ganglionnaire. Rien de cela n'est absolu. Il peut y avoir rapidité d'évolution dans le testicule syphilitique et pléïade ganglionnaire, par suite d'infections secondaires. L'indolence même n'est pas un signe différentiel toujours certain. Des testicules syphilitiques sont parfois douloureux. On ne saurait arguer davantage de la bilatéralité de la lésion. Le sarcocèle syphilitique est souvent double, le cancer n'atteindrait jamais qu'une glande. Soit ! mais il est des cas où la syphilis ne se fixe que dans un testicule et où la tumeur maligne frappe les deux. Alors comment juger ? On attendra l'effet du traitement. L'iodure ne donnera peut-être pas grand résultat ; c'est un médicament utile sans doute, mais un peu surfait. Le grand remède, ce seront les injections mercurielles : de 4 à 8 milligr. de biiodure en solution huileuse ; une injection par jour pendant quelques semaines.

« L'hématocèle dans les cas obscurs se distinguera de la même manière : par le résultat des injections mercurielles qui n'agissent pas sur l'hématocèle et réduisent immédiatement la tumeur syphilitique.

« Le testicule de la syphilis héréditaire ne se signale par aucun caractère spécial ; dans la syphilis précoce, les glandes sont prises des deux côtés : elles sont dures, grosses, ligneuses, lisses. Le testicule de la syphilis héréditaire tardive est celui de la syphilis scléro-gommeuse. On instituera le traitement aussitôt le diagnostic posé. »

Dr Paul HUGUENIN.

NOTES D'HYGIÈNE.

On se soigne trop tard.

Nous ne cessons de répéter au client la nécessité de suivre une direction médicale et nous avons donné autrefois des exemples prouvant jusqu'à quel désastre peut aboutir l'inobservation de ce conseil, mais le client d'aujourd'hui est réfractaire aux bons conseils ; il les croit sans doute intéressés et préfère s'en rapporter à ses connaissances médicales personnelles, à ses lectures dans les ouvrages de médecine, aux avis des amis qui ont eu la *même maladie* que lui, (néfaste préjugé de croire que deux malades se ressemblent !) puis aux spécialistes de la quatrième page des journaux, aux charlatans dont les réclames pullulent même en première page dans la presse politique, dans les journaux de toutes sortes qui certainement, eux, sont désintéressés, après avoir toutefois touché la forte somme pour les produits recommandés. Et le malheureux client écrit aux industriels susdits qui lui promettent une panacée ; il fait venir les paquets et les fioles de l'étranger même : ça doit être bien meilleur ! — a beau mentir qui est loin ! Le malade constate même que cela lui a fait du bien, prône le remède à des simples de son acabit, en attendant que sa maladie rechute ou s'achemine plus ou moins lentement, mais sûrement, vers une issue fatale.

Le client oublie de plus en plus les vieilles et bonnes traditions d'autrefois et ne considère plus le médecin de la famille comme l'ami et le conseiller suprême. Il s'imagine que son mal date d'hier et qu'on doit en connaître immédiatement le remède. Il ne sait pas que la vie humaine est généralement une suite de périodes de santé et de maladie, que l'équilibre est rompu pour di-

verses causes tenant à l'hérédité, à la constitution, à l'âge, aux habitudes d'hygiène professionnelle et alimentaire, à de multiples conditions que le médecin seul peut établir ; il ne se doute pas qu'il y a des symptômes lointains et d'autres précoces des maladies ; il ne considère que le *fait*, se l'explique à lui-même, en attendant les évènements et ne se doutant pas des complications à redouter, au lieu de le raconter dans sa nudité au médecin.

« J'ai depuis quelques jours la vue un peu trouble et de l'essoufflement ; *c'est la fatigue*, dit l'homme. » — « Je vois beaucoup depuis deux ans ; mais *c'est l'âge*, dit la femme. » — Autant d'erreurs qui conduisent l'un et l'autre à leur perte.

Tout se suit et tout s'explique dans une existence, mais c'est au médecin qu'il appartient de donner l'explication. Si la lézarde est signalée et réparée à temps, la maison, au lieu de crouler, reste solide.

Certains symptômes sont les indices d'une maladie fort lointaine encore, et bien des maladies ne guérissent que si elles sont dépistées et soignées dès le début. Il ne faut donc pas attendre que leur installation soit définitive et complète : « Soignez-moi énergiquement, » dit un client usé jusqu'à la corde et fini depuis longtemps !

La tuberculose guérit si elle est soignée à temps. Il faut donc faire part à son médecin des moindres changements survenus dans la santé : essoufflement, amaigrissement, diminution des forces, etc. C'est d'un intérêt capital.

Les maladies de cœur, des poumons, des plèvres, des reins, l'apoplexie, sont annoncées longtemps avant qu'elles soient irréparables, par des signes que l'on néglige toujours : gêne respiratoire, palpitations, légère enflure des chevilles, point de côté, étourdissements en baissant la tête, somnolences.

Les femmes souffrent pendant de longues années des reins, de l'abdomen, supportent des métrorragies sans inquiétude, mettant — comme nous venons de le dire — ces symptômes sur le compte de l'âge de retour, ou de la *formation* s'il s'agit de jeunes filles. Elles ne parlent point d'une petite grosseur du sein, attendant qu'elle soit volumineuse ; et encore ne la montrent-elles au médecin qu'incidemment et à l'occasion d'une consultation pour un malaise insignifiant.

La cirrhose alcoolique, l'ascite consécutive, mettent de nombreuses années à évoluer. Une fois confirmées, à quoi sert d'appeler le médecin ? C'est au premier verre d'absinthe qu'il eût fallu le demander pour qu'il jetât le poison et même le verre à la face de l'imprudent !

Le *delirium tremens* n'éclate qu'après certains avertissements : on n'en guérit pas toujours. Heureux ceux qui en réchappent et qui, effrayés des fermes conseils donnés par leur médecin, se disposent enfin à les suivre !

Le médecin n'a malheureusement pas assez à compter sur les femmes dans la lutte anti-alcoolique. Souvent, après vingt années de désordres alimentaires, d'alcoolisme latent, sans excès visibles, lorsque le mari cirrhotique, artério-scléreux, néphrétique, etc., est un homme fini, la femme — surtout la femme bourgeoise ou des classes élevées — qui n'a pas su user de son influence, lorsqu'il en était temps encore, pour retarder le dénouement, se refuse à croire que la situation dépend du mauvais régime. C'était un joyeux compagnon, gai, bien portant, mangeant et buvant bien, aimant la société et les bons repas, mais qui Dieu merci ! ne roulait jamais sous la table ! — Hélas ! Madame, ce ne sont pas ceux qui roulent sous la table qui deviennent le plus souvent alcooliques.

Vous pouvez être bonne et douce en face de la douleur, prompte à secourir un blessé, bienveillante et experte envers les vôtres malades ; mais ce qui vous manque c'est la perspicacité, c'est de voir le point faible d'une constitution, c'est de comprendre l'importance et la gravité des recommandations faites par le médecin, c'est de connaître la marche et le développement d'une affection, son origine obscure qui vous est pourtant si souvent signalée par le praticien habile, avec ses conséquences et la terminaison à longue échéance.

Votre mari vient d'éprouver certains malaises abdominaux qui sont, d'après le médecin, une atteinte d'appendicite. De ce diagnostic découlent un certain nombre de règles hygiéniques de la plus haute signification. Vous avez reçu l'avertissement de prévenir immédiatement au moindre retour des mêmes malaises. Mais c'était *si peu de chose* que tout est oublié, et que la rechute, l'opération tardive et la mort, qui pouvaient être évitées, sont la conséquence fatale de votre insouciance coupable. Et nous l'avons déjà dit, combien d'autres maladies : congestion cérébrales, paralysies, folie, alcoolisme, tuberculose, cancer, etc., seraient retardées sinon évitées, en demandant à temps des conseils médicaux et en les suivant tout simplement. — Oh ! que cette banale constatation : « Il se néglige ! » comporte de désastres.

Que les chroniques, les incurables, cherchent à droite à gauche un soulagement à leur misère, nous n'y voyons aucun mal, mais qu'un homme intelligent ne comprenne pas que sa vie est une évolution, dont chaque page dépend des autres et prépare le dénouement, qu'il vive à l'aventure, déchirant les pages, passant les chapitres pour précipiter la fin sans s'apercevoir de sa sottise, ceci ne s'explique point. Il ne faudrait plus entendre dire : « J'ai vu le Dr X, le Dr Y, le Dr Z ; il n'y a encore que le Dr A, qui soigne bien ! »

On peut prolonger son existence ; on peut éviter la maladie, retarder l'issue fatale : on peut empêcher une constitution physique déterminée de péricliter, et tout homme sage doit s'y appliquer.

Mais, les médecins voient des malades partout ! On rit de leurs conseils, on admire trop tard leur sagacité, tout en ne les écoutant pas davantage dans la suite, car on ne sait point profiter de l'expérience, d'où qu'elle vienne.

Néanmoins, répétons au client : « Vous avez un malaise, consultez. Si ce n'est rien, tant mieux, votre médecin vous le dira et au besoin vous rassurera. Si c'est un signe précurseur de quelque affection sérieuse, vous serez averti à temps et peut-être que vous corrigerez votre destinée. »

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Entente entre les pharmaciens de Toulouse pour la fermeture du dimanche : condamnation de l'un d'eux pour violation de son engagement.

Nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs un jugement du Tribunal de commerce de Toulouse, rendu le 4 juin 1902 et condamnant M. D.., pharmacien, à 500 francs de dommages intérêts envers le Syndicat pour n'avoir pas tenu les engagements pris envers ses co-syndiqués.

C'est une confirmation de la thèse soutenue par le Sou devant le tribunal de Bourgoin, et à ce titre il constitue un document d'un très grand intérêt, car il assure l'avenir des syndicats dont l'existence a paru un instant menacée, grâce au relâchement du lien syndical.

Voici ce jugement :

Attendu que les pharmaciens de Toulouse, pour répondre à la demande des élèves en pharmacie et obéissant à un sentiment d'humanité très louable, se sont organisés pour arriver à une entente générale entre eux, afin de donner aux élèves pharmaciens un jour de repos par semaine ;

Attendu que, pour arriver à cette entente, ils ont décidé de charger le Syndicat des pharmaciens de Toulouse de faire le nécessaire pour recueillir les adhésions et préparer les mesures utiles pour donner satisfaction au public pendant la fermeture des pharmacies ;

Attendu que le Syndicat des pharmaciens a reçu ce mandat non seulement des pharmaciens syndiqués, mais de tous les pharmaciens de Toulouse, et qu'il est, en conséquence, qualifié pour représenter la corporation entière dans la défense de ses intérêts pour tout ce qui a rapport à la fermeture des pharmacies pour le repos hebdomadaire ;

Attendu, dès lors, que l'action du Syndicat des pharmaciens est recevable ;

Au fond,

Attendu que le sieur C..., président du Syndicat des pharmaciens de Toulouse, et agissant comme tel, estimant, à juste titre, qu'une mesure aussi importante pour la corporation devait être prise à l'unanimité, chargea tout d'abord M. J..., président des élèves en pharmacie, de recueillir les adhésions de tous les pharmaciens de Toulouse ;

Attendu que tous les pharmaciens de Toulouse ont adhéré, soit en donnant la signature, soit en s'engageant verbalement dans la réunion générale qui a eu lieu le 9 mai dernier, à l'ancienne Faculté des lettres, ou à la suite de cette réunion ;

Attendu que tous, sauf D..., ont tenu leurs engagements en fermant leur officine comme il avait été convenu ;

Attendu que D..., au contraire, a laissé la sienne ouverte, essayant non seulement de servir sa clientèle, mais d'attirer chez lui celle de ses confrères dont les officines étaient fermées ;

Attendu que cette attitude est aggravée par l'apposition d'affiches et l'insertion de réclames dans les journaux faisant connaître au public que la pharmacie de D..., resterait ouverte le dimanche ;

Attendu qu'il est constant que l'engagement de fermer le dimanche a été pris par tous les pharmaciens loyalement et de bonne foi, et que D... ne peut soutenir qu'il n'a pas connu l'importance de cet engagement au moment où il l'a contracté ;

Attendu qu'en ouvrant le dimanche et en faisant de la réclame à l'occasion de cette ouverture, D... a non seulement manqué à ses engagements, mais a causé à ses collègues un préjudice dont il leur doit réparation ;

Attendu que toute partie qui succombe est passible des dépens et qu'il est dû des dommages ;

Par ces motifs, le Tribunal condamne D..., à payer à C..., ès qualité, la somme de 500 francs à titre d'indemnité en réparation du préjudice causé.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Assignation d'un patron devant le juge de paix en payement d'une somme supérieure à 200 fr. pour soins donnés A L'HOPITAL à un ouvrier blessé à son service. — Compétence du juge de paix. — Condamnation du patron.

Le Juge de Paix du canton de Marennes, étant en audience civile publique du vendredi seize mai mil neuf cent deux, a rendu le jugement suivant :

Entre M. M... docteur médecin, demeurant et domicilié à Marennes, demandeur, comparant par Mᵉ Nicollas, avoué à Marennes, son mandataire verbal, d'une part ;

Et M. G..., demeurant et domicilié à Soubise, canton de Saint-Agnant, défendeur, comparant par Mᵉ Jousselin avoué à Marennes, son mandataire verbal d'autre part ;

En fait :

Suivant exploit du ministère de Mᵉ Rousseau, huissier à Saint-Agnant-les-Marais, en date du dix-neuf mars dernier, enregistré, M. M... a fait donner citation à M. G... à comparaître à l'audience et par-devant M. le Juge de Paix du canton de Marennes, au prétoire de la justice de Paix, sis au Palais de justice, à Marennes, le vendredi vingt-et-un mars 1902, heure de midi, pour, là étant :

S'entendre condamner à payer au demandeur la somme de trois cent soixante-et-onze francs qui lui est due pour soins médicaux fournis au sieur Raignier, ouvrier victime d'un accident, à la date du vingt-cinq mai 1901, alors qu'il était au service du dit M. G... ; aux intérêts de droit et aux dépens.

L'affaire, appelée le vingt-et-un mars dernier, a été renvoyée successivement pour diverses causes aux audiences de 11, 25 avril, 2 et 9 mai. A cette dernière audience les représentants des parties se sont expliqués et ont développé leurs moyens.

Mᵉ Jousselin a pris la parole le premier, et il a déposé les conclusions ci-après :

Conclusions pour M. G.., demeurant et domicilié à Soubise.

Défendeur : Mᵉ Joussellin.

Contre M. M.., docteur en médecine, demeurant et domicilié à Marennes. Demandeur, Mᵉ Nicollas.

Il plaira à M. le Juge de Paix :

Attendu que par l'exploit du 19 mars 1902, M. M..., docteur en médecine, a assigné le sieur G... en paiement de la somme de 371 francs, montant des soins médicaux par lui donnés à Raignier ouvrier du concluant à la suite d'un accident survenu le vingt-cinq mai mil neuf-cent-un.

Attendu que le docteur G... a donné des soins à Raignier pendant que celui-ci était en traitement

à l'hospice de Marennes, qu'il n'avait été chargé de ces soins ni par la victime ni par le concluant ;

Attendu que dans ces conditions on ne saurait s'expliquer pourquoi le docteur M... a assigné le concluant alors qu'il n'existe entre les parties aucun lien de droit ; que dans tous les cas le tribunal de paix est incompétent pour connaître de la demande ;

Attendu en effet que le chiffre par lui réclamé dépasse deux cents francs et qu'il ne saurait puiser son droit dans l'art 15 de la loi de 1898; que ce texte est relatif seulement aux contestations pouvant naître entre les victimes d'accidents d'une part et les chefs d'entreprise, mais n'est pas relatif à l'action des tiers contre les chefs d'entreprise ;

Que ces actions doivent donc rester soumises aux règles du droit commun ;

Attendu que vainement le demandeur soutiendrait exercer l'action de gestion d'affaire de l'article 1375 du Code civil ou exciper des dispositions de l'article 1166,qui permet au créancier d'exercer les droits et actions de son débiteur ;

Attendu que l'article 1166 ne saurait trouver son application dans l'espèce ;

Que le docteur M... n'a pas plus été commandé par l'ouvrier qu'il ne l'a été par le concluant ;

Que Raignier, qui a subi passivement des soins dans un lit d'hôpital et sans les avoir sollicités, n'était pas son débiteur, le docteur M... ne saurait se prétendre créancier substitué du concluant ;

Attendu qu'en admettant même, par hypothèse, que l'art. 1375 du Code civil pût recevoir son application, ce ne serait pas devant le Tribunal de paix que cette question pourrait être portée ;

Qu'elle est intimement liée à celle de la ventilation de la journée des malades indigents dans les hôpitaux de la Charente-Inférieure, question dont le tribunal d'appel est actuellement saisi, qu'il y aurait lieu dans ces conditions de déclarer qu'il y a litispendance entre les deux instances et de surseoir à statuer jusqu'à ce que le tribunal de première instance ait rendu son jugement ;

Par ces motifs, se déclarer incompétent, renvoyer le docteur M... à se pourvoir ainsi qu'il avisera et le condamner aux dépens ;

Sous toutes réserves :

Ensuite Mᵉ Nicollas a pris les conclusions ci-après :

Conclusions pour M. le docteur M..., demandeur, Mᵉ Nicollas.

Contre M. G..., Mᵉ Joussellin.

Attendu que le défendeur soulève une exception d'incompétence contre la demande dirigée contre lui ;

Attendu qu'il base cette exception sur l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, lequel est ainsi conçu : « Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise relatives aux frais funéraires *aux frais de maladie* ou aux indemnités temporaires sont jugées en dernier ressort par le Juge de Paix ;

Attendu que d'après G..., il n'y aurait que les difficultés pendantes entre les *victimes d'accidents* et les *chefs d'entreprise* qui seraient jugées en dernier ressort par le Juge de Paix du lieu où l'accident s'est produit, que cette disposition de la loi de 1898 est restrictive et ne saurait s'étendre aux difficultés pendantes entre *les tiers* qui ont fourni les soins médicaux ou pharmaceutiques et les chefs d'entreprise ;

Attendu que la loi de 1898, dans son article 4, a donné une action directe à toute personne qui avait fourni des soins à la victime d'un accident contre les chefs d'entreprise pour obtenir paiement des fournitures faites ; que si l'article 4 de la loi n'existait pas et si la jurisprudence ne l'interprétait pas d'une façon unanime dans le sens indiqué ci-dessus, le tiers qui a fait des fournitures à la victime n'aurait d'action directe que contre la victime elle même et il ne pourrait actionner le chef d'entreprise qu'en vertu de l'article 1166 du Code civil c'est-à-dire en exerçant les droits et actions de la victime ;

Il résulte donc de ce qui précède que la loi de 1898 a entendu faire un avantage au tiers qui a fait les fournitures à la victime, elle a voulu lui assurer le remboursement rapide des dépenses faites avec l'espoir d'assurer de la sorte à l'ouvrier blessé le secours immédiat du médecin et du pharmacien qui seront garantis par le recours direct contre le chef d'entreprise ;

Attendu, par suite, qu'il n'est pas possible d'admettre que la pensée du législateur n'a pas été de faire bénéficier le médecin et le pharmacien des dispositions de l'article 15 de la loi ;

Que du reste une semblable anomalie ne se comprendrait pas, puisqu'il suffirait à la victime de payer le médecin ou le pharmacien et de poursuivre ensuite le chef d'industrie, et le fait que la poursuite serait intentée par la victime, rendrait le Juge de Paix compétent en dernier ressort ;

Attendu que dans l'article 15 le législateur n'a parlé que des victimes et des chefs d'entreprise parce qu'il a pensé que les difficultés s'élèveraient presque toujours entre ces adversaires ; — en un mot, le législateur a statué sur ce qui arriverait la plupart du temps ;

Attendu que si l'on interprétait aussi restrictivement l'article 15, on arriverait à faire dire au législateur une chose qui n'aurait pas de sens ;

En effet, le législateur dit que les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises relatives aux frais funéraires seront jugées par le Juge de Paix en dernier ressort ; si l'on doit entendre par là que le Juge de Paix n'a compétence en dernier ressort que pour les contestations entre les ouvriers blessés et leurs patrons, le Juge de Paix ne statuera jamais en dernier ressort sur les frais funéraires, puisque, s'il y a des frais funéraires, c'est que l'ouvrier sera décédé, il ne pourra donc pas faire de procès à son patron ;

Faut-il dire que la disposition inscrite dans la loi est absurde ou faut-il lui attribuer un sens ?

Attendu que la jurisprudence a eu rarement à statuer sur cette question, parce qu'elle n'a jamais semblé pouvoir être soulevée, que cependant M. Le Juge de Paix de Saumur, dans un jugement du 3 juillet 1901, a décidé dans le sens indiqué ci-dessus; que le Tribunal civil de Marennes a décidé dans le même sens par jugement du 6 mai 1902 ;

Attendu du reste que G.,. considérait si bien M. le Juge de Paix comme seul compétent qu'à la suite d'une contrainte qui lui a été décernée pour avoir paiement des frais réclamés par l'hôpital de Marennes et qui s'élevaient à la somme de trois cent deux francs quatre-vingt cinq centimes, il a fait opposition à cette contrainte et a assigné devant M. le Juge de Paix du lieu de l'accident pour faire statuer sur le mérite de son opposition ; si M. le Juge de Paix était compétent pour les frais pharmaceutiques, il l'est également pour les frais médicaux ;

Attendu que l'exception d'incompétence n'est pas recevable ;

Par ces motifs, plaise à M. le Juge de Paix;

Rejeter l'exception d'incompétence soulevée par G... fixer l'audience à laquelle les plaidoiries auront lieu sur le fond et condamner G... aux dépens de l'incident ;

Sous toutes réserves.

Nous avons mis l'affaire en délibéré et renvoyé le prononcé de notre jugement à l'audience de ce jour.

Sur quoi ; nous, Juge de Paix ;

Vu les pièces de procédure ;

Ouï Mᵉ Joussellin pour M. G... et Mᵉ Nicollas pour le docteur M... en leurs explications, moyens et conclusions ;

Attendu qu'il résulte des débats que le 25 mai 1901 vers 11 heures du soir, en la commune de Saint-Just, canton de Marennes, Gabriel Raignier, âgé de 38 ans, marié, 4 enfants mineurs, roulier chez M. G... à Soubise, canton de Saint-Agnant, a été victime dans son travail d'un grave accident ; il revenait de Saint-Just conduisant une charrette at-

telée de trois chevaux appartenant à son maître et chargée de sacs de blé formant un poids considérable; arrivé près la gare de Saint-Just, il est tombé et la roue gauche lui a passé sur les chevilles de la jambe droite qui a été écrasée à cet endroit; il est resté sur la route de 11 heures du soir jusqu'au lendemain à 4 heures du matin, sans que quelqu'un ait entendu ses cris, et c'est à quatre heures seulement qu'on est venu à son secours, le matin du vingt-six mai; M. M... docteur médecin à Marennes, ayant été appelé par une personne venue au secours du blessé, a fait transporter ce dernier d'urgence à l'hôpital Dubois-Meynardée à Marennes, où il a été soigné par M. M... pendant un peu plus de trois mois et d'où il est sorti le vingt-neuf août dernier sans être guéri;

Attendu qu'il est certain que l'accident va occasionner à Raygnier une incapacité permanente, sinon absolue tout au moins partielle, et qu'il est encore impossible de prévoir l'époque à laquelle la blessure sera suffisamment consolidée afin que le blessé puisse commencer à se livrer à un travail utile.

Attendu tout d'abord que non seulement Raygnier n'a pas fait choix de son médecin ni de l'hôpital de Marennes pour être soigné, mais qu'il serait plus exact de dire qu'ils lui ont été imposés par des circonstances indépendantes de sa volonté et auxquelles il a dû obéir en raison de ses souffrances et de son état de faiblesse, car il devait être sans volonté lorsqu'il a été trouvé sur la route, cinq heures après l'accident, que vraisemblablement son transport dans un lieu plus éloigné n'aurait pas été sans inconvénient et peut-être sans danger pour lui; que G... a évidemment approuvé le traitement à l'hôpital de son domestique en venant le voir, et en le recommandant aux bons soins du médecin et des religieuses, et qu'il y a lieu de le louer à ce sujet;

Attendu que l'hôpital-hospice de Marennes a été créé et fondé au moyen des dons et des libéralités laissés par feu M. Dubois-Meynardée, dans l'intérêt des pauvres du canton de Marennes et qu'aucun malade ne peut y être reçu, s'il n'est domicilié depuis deux ans, dans l'étendue du canton; qu'il n'y peut être admis comme vieillards indigents que des hommes ou des femmes encore valides, ayant atteint l'âge de 70 ans et dénués de toutes ressources, que si Raygnier a été admis dans cet établissement, c'est par bonté et esprit d'humanité et non comme indigent privé de ressources;

Attendu que par sa citation, M. M... réclame à M. G... la somme de trois cent soixante-onze francs pour soins médicaux fournis à Raygnier, ouvrier, victime d'un accident, à la date du 25 mai 1901, alors qu'il était au service de M. G...

Sur l'exception d'incompétence;

Attendu que G..... soulève une exception d'incompétence, basée sur ce qu'il n'existerait aucun lien de droit entre les parties, sur ce que la demande dépasse deux cents francs, que le docteur M... ne saurait puiser son droit dans l'art. 15 de la loi de 1898, ni dans les articles 1166 et 1375 du Code civil:

Attendu que Me Nicollas, au nom de M. M... a répondu que le juge de paix de Marennes, était compétent, en vertu des articles 4 et 15 de la loi de 1898, pour statuer sur la demande dont il était saisi; que c'est dans ce sens que le Tribunal civil de Marennes avait jugé le six de ce mois; — que cette exception n'était pas recevable;

Attendu que l'accident dont Raygnier a été victime le 25 mai 1901 est bien régi par la loi du 9 avril 1898, sur la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, que l'article 4 de cette loi dispose que le « chef d'entreprise » supporte les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires, ces derniers sont évalués à la somme de cent francs au maximum; que d'un autre côté, d'après l'article 15 de la même loi, les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise relatives aux frais funéraires frais de maladies ou indemnités temporaires sont jugées en dernier ressort par le juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever;

Attendu que de la combinaison de ces deux articles, il résulte que M. M..., qui a donné ses soins à Raygnier, étant au lieu et place de ce dernier, a une action directe contre le patron G... pour obtenir le paiement de ses droits et honoraires et se trouve ainsi avoir régulièrement saisi de sa demande le Juge de Paix de Marennes, qui est celui du canton où l'accident s'est produit; que le lien de droit est établi par les lois visées;

Par ces motifs:

Statuant publiquement, contradictoirement et par jugement en dernier ressort, rejetons comme non recevable l'exception d'incompétence soulevée par M. G... et l'en déboutons;

Nous déclarons compétent et renvoyons la continuation de l'affaire pour les plaidoieries sur le fond à notre audience du 30 de ce mois, avec intimation de droit.

Condamnons G... aux dépens de l'incident.

Ainsi jugé et prononcé, etc....

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Trévoux (Ain).

A l'unanimité, les vingt-sept médecins de l'arrondissement de Trévoux, qui comprend les cantons de Trévoux, Thoissey, Châtillon-sur-Chalaronne, Villars-les-Dombes, Saint-Trivier-sur-Moignans, Chalamont, Meximieux et Montluel, viennent de se constituer en Syndicat, sous la dénomination de *Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Trévoux*.

Ils ont adopté un tarif général minimum qui a beaucoup d'analogie avec celui du *Concours Médical*.

Pour les Sociétés de secours mutuel, l'abonnement est supprimé et le tarif général leur est appliqué avec un rabais de 20 % pour les Sociétés exclusivement composés d'ouvriers.

Plusieurs Sociétés de secours mutuels protestent contre la suppression de l'abonnement, et manifestent l'intention de faire appel au concours de jeunes confrères.

Le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Trévoux croit devoir signaler ces faits, et mettre les jeunes médecins en garde contre les propositions qui pourraient leur être faites d'exercer la médecine au rabais.

Liste et adresses des Membres du syndicat :

MM. Baillet, à Thoissey; Barbe, à Villars; Belous, à Miribel; Berger, à Miribel; Bertier, à Thoissey; Bollet, à Trévoux; Bonnail, à Montmerle; Boyer, à Meximieux; Brun, à Chalamont; Chevelu, à Sathonay; Clugnet, à Trévoux; Déporte, à Trévoux; Ducher, à Thoissey; Edouard, à Châtillon-sur-Chalaronne; Fougerousse, à Montluel; Goumy, à Mézériat; Jeantelet, à Thoissey; Lançon, à Saint-Trivier-sur-Moignans; Méhier, à Meximieux; Monvenoux, à Montluel; Naussac, à Villars; Nique, à Mont-

merle ; Pellet, à Miribel ; Penet, à Meximieux ; Perraud, à Chalamont ; Perret, à Vonnas ; Thibaudet, à Chatillon-sur-Chalaronne.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté libre de Médecine de Lille. L'affaire des Hôpitaux. — Un procès important vient d'occuper la première Chambre du tribunal civil de Lille. L'article 6 de la loi du 12 juillet 1875 dit : « Les Facultés libres de Médecine ne pourront s'établir que si elles disposent pour leurs services cliniques de 120 lits dans un hôpital fondé par elles ou mis à leur disposition par l'Assistance publique ».

Les administrateurs des Facultés catholiques de Lille passèrent, les 22 et 24 décembre 1875, une convention avec les hospices de Lille ; ceux-ci, moyennant le versement d'une somme de 140.000 francs, acceptaient d'affecter à la disposition de la Faculté libre de Médecine deux pavillons comprenant 200 lits, une salle d'amphithéâtre et une salle d'autopsie de l'hôpital Saint-Eugénie (depuis hôpital de la Charité), alors en construction ; aucune limitation de durée n'était stipulée. La convention fut approuvée par le préfet ; cette approbation fut annulée par décision ministérielle, mais le Conseil d'Etat, saisi de la question, déclara que « le contrat ayant déjà reçu un commencement d'exécution, il n'appartenait plus au ministre, agissant comme supérieur hiérarchique du préfet, de mettre à néant la décision préfectorale ». L'année dernière, la majorité de la Commission des hospices décida de demander l'annulation de la convention. En conséquence, M. Delory, maire de Lille, agissant comme président de la Commission, assigna les administrateurs des Facultés catholiques de Lille devant le tribunal civil. Celui-ci a jugé que les hospices étaient mal fondés dans leur demande et les en a déboutés.

(*La Province médicale*).

Le Congrès annuel de la Société belge de chirurgie qui se tient régulièrement à Bruxelles, au mois de juin, aura lieu, cette année, les 8, 9 et 10 septembre.

Cette réunion sera exclusivement consacrée à la discussion des trois questions suivantes :

« 1° Le traitement de l'appendicite (Rapporteurs : MM. A. Broca (de Paris); A. Gallet (de Bruxelles) ; C. Roux (de Lausanne) et Sonnenburg (de Berlin).

« 2° Le traitement des fractures des membres » (Rapporteurs : MM. A. Depage (de Bruxelles) Rothschild (de Francfort) et Th. Tuffier (de Paris).

« 3° De l'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature » Rapporteur : M. Walravens (de Bruxelles).

La Société profitera de la présence à Bruxelles d'un grand nombre de chirurgiens étrangers, pour jeter les bases d'une Société internationale de chirurgie, conformément à une proposition de M. Ch. Willems.

Les chirurgiens qui n'ont pas encore répondu à l'invitation de la Société belge de chirurgie sont priés de le faire sans retard et, en tout cas, avant le 15 août.

Les aliénés convalescents. Au conseil supérieur de l'Assistance publique. — Au cours de sa dernière session qui vient de prendre fin, le conseil supérieur de l'Assistance publique a adopté un contre-projet de M. Lefèvre dont voici le texte :

« En vue de faciliter le retour des aliénés guéris à la vie libre, le conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux suivants :

1° Dans les établissements destinés au traitement des aliénés, il doit être créé des quartiers de convalescents où les malades jouiront d'un régime spécial et d'une liberté spéciale réglés par le médecin.

2° Les aliénés convalescents pourront, dans les conditions déterminées plus loin (paragraphe 4), bénéficier de sorties d'essai.

3° Les malades seront, soit confiés à leurs familles, soit placés dans des familles désignées par l'administration.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ils seront soumis à la surveillance des autorités municipales et à des visites de médecins-inspecteurs désignés par l'administration.

Avis sera donné au parquet.

4° La sortie d'essai sera prononcée par le préfet, sur avis du médecin traitant et du médecin-inspecteur qui sera chargé de visiter le convalescent pendant la durée de sa convalescence.

5° Le conseil émet le vœu que l'on donne à l'aliéné convalescent, pendant la période qui sépare la sortie provisoire de la sortie définitive, une condition juridique analogue à celle du mineur émancipé. »

Le conseil supérieur de l'Assistance publique a encore adopté les propositions suivantes :

« En vue de faciliter le retour des aliénés à la vie libre et de désencombrer les asiles, il est à souhaiter que les départements entrent de plus en plus dans la voie du traitement familial de l'aliéné, soit dans sa propre famille, soit dans des familles étrangères, et de la colonisation familiale. Ce mode d'assistance s'accompagnera de secours en argent, s'il y a lieu. »

Le conseil supérieur a renouvelé, en outre, le vœu émis par lui en 1891, que chaque administration départementale favorise la création de sociétés de patronage pour les aliénés.

Enfin, sur la proposition de M. le docteur Lande, le conseil a adopté les vœux suivants :

« Qu'il soit créé un quartier spécial d'observation pour chaque asile d'aliénés, l'admission du malade ne devenant définitive qu'après avis du médecin chargé du service de ce quartier.

Que l'administration supérieure fixe le nombre maximum de malades qui pourront être confiés à chaque médecin dans les asiles d'aliénés. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4833 — M. le docteur Duclos, de Fontenay-le-Comte (Vendée), membre du « Sou Médical » et du Syndicat des médecins de la Vendée.

N° 4834. — M. le docteur Laborde, du Kroub (Constantine), présenté par MM. les docteurs Sanrey, de Batna et Leroy, de Constantine.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 35 30 AOUT 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Droit et faveur devant les syndicats médicaux

La dernière bataille électorale fut vive. Nombre de médecins qui y prirent part furent atteints gravement dans leur considération ou leurs intérêts, à l'heure où le sang-froid fait place au dépit, ou bien quand les vainqueurs firent payer les coups qu'ils avaient reçus.

Or, comme d'usage, ces confrères malmenés dans la bagarre sont venus ensuite demander au giron syndical le point d'appui nécessaire à leurs protestations et, certains bureaux, désireux de leur donner satisfaction sans compromettre le groupement, nous ont consultés sur ce qu'ils pourraient faire.

Grand a été notre embarras, comme il arrive toujours quand la politique est dans l'affaire, avec ses habitudes de personnalité, de basse vengeance, de guerre au couteau plus ou moins déguisée à l'abri des masques ou des pouvoirs administratifs.

Certes, le *Concours* et le *Sou* ne prêchent jamais l'abstention quand leur sociétaire a été lésé dans ses droits ou victime d'un abus de pouvoir, et quand il existe quelque part, dans le Code ou même dans l'équité seule, un argument à faire valoir pour sa défense. Nos sociétés de défense sont là sur leur terrain, comme les syndicats régionaux ; elles ne se dérobent jamais devant qui les y appelle, et la Cour de Cassation en sait quelque chose.

Mais si un médecin tient du bon plaisir d'un potentat local, ou d'une administration quelconque, une de ces fonctions que ne couvre aucune garantie, qui se retirent comme elles se donnent, sans recours, sans appel, est-il fondé à s'abriter derrière son syndicat pour protester à l'heure de la révocation quand la roue politique a tourné ? Le syndicat lui-même est-il fondé à s'arroger voix au chapitre dans une question sur laquelle il ne fut pas consulté à l'heure de la nomination ? Pour une *faveur* accordée et retirée, en dehors de lui, à un intérêt particulier, a-t-il le droit de mettre en cause l'intérêt général dont il a la garde, de compromettre le crédit, l'influence, les bonnes relations du groupe ?

Qu'il fasse une démarche officieuse, c'est parfait ; qu'il émette un vœu, c'est naturel.

Mais casser des vitres et provoquer l'hostilité des pouvoirs avec lesquels on traite chaque jour, pour obtenir d'eux que la *faveur* soit assimilée au *droit* ! Nous ne donnerons jamais ce conseil. Autant prêcher le suicide aux syndicats qui furent créés pour faire l'inverse.

Quelques confrères, nous dit-on, n'ont pas admis notre thèse et ont parlé de quitter leurs groupes, déclarés par eux défaillants en cette circonstance. C'est un premier mouvement qui ne tiendra pas devant la réflexion. Comme M. Jourdain pour la prose, ils faisaient, sans le vouloir, de la politique et de la religion, au mépris des statuts de leur Société.

Rentrez-vite, chers confrères, dans la famille locale. Rendez à celle-ci le concours de votre énergie et de votre solidarité pour l'application intégrale du programme qui comporte la revendication de tous vos *droits*.

Mais n'y apportez jamais, si vous voulez nous en croire, ce culte du favoritisme ou des mono-

poles, et faites taire les préoccupations de parti qui ne peuvent que diviser.

Ce n'est pas de l'esprit syndical, ces choses-là : c'est de l'individualisme pur et simple.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Dosage simple des chlorures urinaires.

Dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, *M. le Dr Achard* affirme que dans les maladies aiguës, l'hypochlorurie est la règle ; elle est due à la rétention des chlorures ingérés dans l'organisme. L'hypochlorurie cesse de façons variables, ou bien par une brusque crise chlorurique ou par décharges successives. Les crises chloruriques ne coïncident pas exactement avec les crises thermiques. Il n'y a pas de parallélisme entre les décharges de chlorures et celles de phosphate et d'urée, et entre le volume des urines.

Voici le moyen clinique indiqué par MM. Achard et Thomas pour faire le dosage approximatif des chlorures :

On introduit dans un tube spécialement gradué 5 centimètres d'une solution de nitrate d'argent à 29,075 % et l'on ajoute 3 à 4 gouttes d'une solution de chromate de potasse à 20 % ; il se forme du chromate d'argent de couleur rouge brun. On verse ensuite dans le tube, l'urine à examiner, par petites portions et en agitant chaque fois. Quand la teinte brune disparaît pour virer au jaune, c'est qu'on a ajouté avec l'urine assez de chlorures pour décomposer tout le chromate ; il suffit de lire alors le chiffre atteint sur l'échelle graduée, pour connaître le taux approximatif des chlorures.

Le dosage est d'autant plus exact qu'il y a moins de chlorures ; il y a donc avantage lorsque l'urine est riche en chlorures à faire un second essai en diluant l'urine : si le premier essai a donné plus de 15 grammes, on dilue à 1 pour 6, s'il a donné plus de 10 grammes à 2 pour 4 ; s'il a donné plus de 5 grammes à 1 pour 2 ; on multiplie ensuite le chiffre trouvé sur la graduation, en multipliant par 6, 4 ou 2 suivant la dilution employée.

Epuration chimique de l'eau.

Dans un très intéressant volume sur l'eau dans l'alimentation, *M. Malméjac* consacre une étude détaillée aux différents procédés d'épuration de l'eau. Nous en empruntons un extrait à la *Gazette des Hôpitaux* :

D'une manière générale l'épuration chimique s'obtient en faisant agir un réactif déterminé sur l'eau à purifier, de façon à lui enlever ses germes et ses matières organiques : elle peut être applicable en grand, ou au contraire être utilisée par de petites collectivités ou par des individus isolés.

Dans la première catégorie rentrent les procédés Anderson, Bergé, Marmier et Abraham. Le *procédé Anderson* est basé sur l'oxydation et le collage par le fer des matières organiques des eaux que l'on filtre ensuite sur le sable. Ce mode de purification ne permet pas d'obtenir des eaux stériles, mais assure une assez bonne épuration ; il est assez souvent employé pour épurer l'eau d'un fleuve que l'on destine à l'alimentation, et se prête très bien à l'épuration des grandes masses d'eau.

Le *procédé Bergé* est basé sur l'oxydation des

FEUILLETON

Le conseil de révision matrimonial.

Il y a plus de vingt ans que, dans l'intérêt des familles, j'ai réclamé à coups de plume que tout candidat au mariage fût obligé de produire un certificat médical, fixant les intéressés sur son état de santé appréciable, sur ses aptitudes à devenir époux et père, sans constituer un danger pour l'autre conjoint. J'ai donc constaté avec la plus vive satisfaction que certains Etats de l'Amérique (l'exemple nous vient de loin) se sont enfin décidés à prendre des dispositions officielles, pour fermer la carrière aux invalides, aux infirmes, etc.

Dans notre doux pays, nous sommes moins avancés ; nos éminents députés ont trop à s'occuper de leurs propres affaires, de leur réélection ou de manifestations diverses, pour s'attarder à pareille innovation, et même, d'une façon générale, pour perdre leur temps si précieux en le consacrant aux questions d'hygiène.

En revanche, on s'en occupe dans la presse, au théâtre. Des œuvres comme celles de MM. Brieux, Le Senne, Mayer, etc., préparent le terrain, et l'opinion publique finira tôt ou tard par s'émouvoir. Puisqu'on se plaint de tous côtés que la natalité baisse, c'est bien la moindre des choses que l'on prenne des précautions pour que les rejetons français qui surviennent quand même soient au moins de qualité présentable. Ce serait navrant de voir notre race dégénérer encore et n'être plus représentée que par des avortons chétifs et malingres, contaminés et dégénérés, incapables de supporter plus tard l'examen d'un conseil de révision, inaptes par conséquent a faire souche de citoyens robustes et équilibrés.

Dans la pièce de Brieux, *Les Avariés*, qui a été interdite par la censure, et dont on a tant parlé durant l'hiver, l'auteur se prononce carrément pour que tout fiancé soit obligé à l'avenir de joindre à toutes les paperasses qu'on lui demande une patente nette, attestant qu'il n'a pas à subir de quarantaine et qu'on peut l'accueillir dans une famille, sans avoir à redouter de laisser entrer la peste avec lui : « Ce serait bien simple, dit-il. Une fois l'habitude prise, le fiancé, de même qu'il va chez le prêtre chercher un billet de confession avant d'aller à l'église, passerait chez le médecin prendre un bulletin de santé avant d'entrer à la mairie. Et vous empêcheriez beaucoup de malheurs. — Aujourd'hui, avant de conclure un mariage, on réunit les deux notaires des familles. Il serait au moins aussi utile de réunir les deux médecins. »

Les pères qui savent, qui connaissent le danger de la contamination, devraient logiquement avoir autant souci de la santé de leurs enfants que de leur fortune.

Il serait élémentaire de se renseigner prudemment sur le passé de chaque conjoint, dès les premiers pourparlers avec les intermédiaires qui ont fait des ouvertures pour tâter le terrain.

Plus tard, au moment de la demande en mariage, on pourrait encore exiger des déclarations formelles. C'est la recette que j'ai recommandée récemment dans une famille, qui me touchait de fort près. Sur mon conseil, avant de dire le *oui* qui engage, les pa-

matières organiques de l'eau par le peroxyde de chlore. Il a été essayé à Ostende, où il a semblé donner de bons résultats, mais il est peu connu en France ; de plus, il nécessite beaucoup de précautions, la préparation du peroxyde de chlore étant des plus délicates et pouvant même donner lieu à des explosions (Troost).

L'action puissamment antiseptique de l'ozone est utilisée dans les procédés de Tindal, Schneller et Van der Steen, dans le procédé Otto, et surtout dans l'*appareil de Marmier et Abraham*. Ces derniers auteurs paraissent avoir réalisé le difficile problème de la stérilisation en masse des eaux par l'ozone et leur procédé mérite d'entrer dans la pratique courante.

Quant aux procédés qui peuvent être utilisés à la fois par des collectivités importantes et par des individus isolés, ils sont des plus nombreux. Les *procédés à base de permanganate* donnent en général de bons résultats, tant au point de vue chimique que bactériologique ; la difficulté de leur mise en œuvre est la réduction de l'excès de permanganate employé et la séparation des oxydes de manganèse formés. Pour cette cause, ils nécessitent tous une filtration : tous conviennent très bien pour de petites collectivités, mais ne sauraient sans difficulté être employés à épurer de grandes masses d'eau.

MM. Bordas et Girard se servent du permanganate de chaux qui, en présence des matières organiques et de l'acide carbonique de l'eau, se décompose rapidement et à froid en oxygène, oxyde de manganèse et chaux. Pour enlever l'excès de permanganate, les auteurs se servent des oxydes inférieurs du manganèse qui réduisent le permanganate en se transformant en bioxyde de manganèse. L'eau traitée par ce procédé ne contient plus de matières organiques, elle est privée de ses germes et ne contient que de très faibles quantités de carbonate de chaux ; elle renferme des traces d'eau oxygénée qui suffisent à en assurer l'oxydation. Dans le procédé Guichard, l'excès de permanganate de chaux est détruit par le fer. Le procédé Lapeyrère est basé sur l'action oxydante du permanganate de potasse jointe à l'action stérilisante de l'alun associé au carbonate de soude et à la chaux ; la poudre employée est la suivante :

Permanganate de potasse...	3	grammes.
Alun de soude cristallisé sec pulvérisé.................	10	—
Carbonate de chaux.........	9	—
Chaux de marbre foisonné..	3	—

Cette quantité est la dose moyenne pour épurer 100 litres d'eau : il faut donc 0 gr. 25 de cette poudre pour purifier 1 litre d'eau. Ce procédé détruit toutes les matières organiques et tous les germes ; il est simple, peu coûteux, facile à mettre en œuvre, et constitue, comme l'a dit M. Laveran, une méthode bonne et rapide.

Le *procédé à base d'alun*, « qui a été recommandé par Babès, est vieux comme le monde. De tout temps, les Chinois ont épuré leurs eaux de mare et de rivière en les agitant avec un bambou à l'extrémité duquel ils plaçaient un morceau d'alun ». Mais il est au fond fort imparfait, puisqu'il ne donne qu'exceptionnellement de l'eau pure de germes et laisse intact le bacille typhique (Max Teich). Werner a modifié quelque peu ce procédé en ajoutant à l'alun 0,10 de carbonate de soude par litre.

Dans les *procédés Almen et Mauget*, on ajoute à 1 litre d'eau à épurer 4 gouttes de perchlorure de fer et 3 centimètres cubes d'eau de chaux ou de bicarbonate de soude en solution saturée ; on agite et on laisse déposer vingt-quatre heures.

---

rents ont exigé du futur, qui offrait d'ailleurs de sérieuses garanties, qu'il affirmât sur l'honneur qu'il n'avait pas eu la syphilis, qu'il n'avait aucun fil à la patte, qu'il n'y avait pas eu de cancéreux, de tuberculeux ou d'aliénés dans sa famille immédiate.

On a encore conseillé à tout futur beau-père de parler d'une assurance sur la vie, de faire les premières démarches, comme si on était disposé à donner suite à ce projet, de façon à faire subir un examen médical au gendre en perspective.

Par ce moyen détourné, il est possible d'avoir une part de vérité. Il sera facile de frauder, me dira-t-on, facile d'obtenir des certificats de complaisance, après un examen superficiel. Je vous accorde tout ce que vous voudrez ; je vous concède que quelques défaillances, que quelques supercheries sont à prévoir ; mais elles seraient l'exception et mieux vaudrait encore s'y exposer que de se précipiter en avant, tête baissée, sans aucune préoccupation du lendemain.

Ce minimum ne saurait du reste correspondre qu'à une période intermédiaire de transition, jusqu'au jour si désirable où l'hypocrisie sera définitivement mise de côté et où de part et d'autre on réclamera énergiquement la pleine lumière, avant de passer de l'autel à l'hôtel.

C'est évidemment faire un mariage de déraison que de ne pas avoir cure de la santé de son conjoint et de ses antécédents. Que de chagrins, que de deuils, on s'éviterait en s'attachant davantage au moins aux apparences extérieures de la force, de la vigueur, au lieu de rechercher la mignardise, la pâleur, la langueur d'une taille émaciée, d'une stature frêle et sans résistance.

Il y a longtemps que Dumas a écrit ce qui suit, dans *Le fils naturel*, et c'est toujours d'actualité : « Se marier, quand on est jeune et sain, choisir dans n'importe quelle classe une bonne fille, franche et saine, l'aimer de toute son âme et de toutes ses forces, en faire une compagne sûre et une mère féconde, travailler pour élever ses enfants et leur laisser en mourant l'exemple de sa vie, voilà la vérité. Le reste n'est qu'erreur, crime ou folie. »

Je suis pour les belles filles, aux saines plénitudes, aux fonctions régulières, en qui on sent la sève et les ardeurs d'une belle nature, sans artifices ni tromperies, qui sont disposées à aimer leur mari avec tout leur être, à vivre sa vie, ses songes et ses sensations, sans réserve, ni arrière-pensée.

Il n'en saurait être de même avec des détraquées précoces, des névropathes de tout ordre, dont les sens comme l'estomac sont si capricieux, souvent même pervertis, avec lesquelles l'avenir n'offre aucune sécurité.

Il faut aussi abandonner à leur lassitude et à leurs rhumatismes les viveurs gavés de la noce parisienne ; les céladons à la réforme, aux calvities précoces, qui ont des années de noctambulisme et de polygamie dans les veines et ont connu les joies délirantes de tous les oreillers cotés. Leur tête ne contient que le vide accumulé des lendemains d'excès, et l'anémie de leur bourse a pour corollaire celle de leur physique : « Dieu garde vos filles de ces fils » dirai-je après la mendiante effrontée de Gavarnie, remerciant par ce vœu une dame bourgeoise de son aumône.

Fi de ces candidats au mariage, de qualité plus que médiocre, qui, après avoir traîné partout, chez

Ces procédés, qui ont été injustement critiqués, peuvent rendre les plus grands services.

Traube préconise, pour épurer l'eau, le *chlorure de chaux*, qui, à dose de 0,0004260, suffirait à stériliser en moins de deux heures 1 litre d'eau très riche en germes. Pour neutraliser le chlore en excès, on ajoute 0,000209 de sulfite de soude par litre. Bavenage préfère une solution de *chlorure de chaux* à 1 p. 100, qu'on laisse cinq minutes en contact avec l'eau ; on précipite ensuite le chlore par le bisulfite de chaux. Schumburg emploie une *solution bromo-bromurée*, dont on précipite ultérieurement le brome par un peu d'ammoniaque diluée. Allain préconise l'*iode* : on ajoute par litre d'eau 8 gouttes de teinture d'iode, agitée et laissée en contact pendant une demi-heure. On neutralise l'excès d'iode par l'addition d'une cuillerée à soupe d'infusion de café, de thé, de vin et l'on filtre.

De tous ces derniers procédés, quel est le meilleur ? Des expériences comparatives de M. Malméjac, il résulte qu'aucun ne diminue le degré hydrotimétrique de l'eau, que les procédés Mauget et Almen diminuent la proportion de matières organiques beaucoup plus que ceux de Werner et de Babès, que le procédé le plus rapide est celui de Werner ; puis viennent ceux d'Almen et de Mauget, puis de Babès. Les procédés à l'alun diminuent le nombre des germes beaucoup plus que les techniques qui utilisent le perchlorure de fer, mais ces dernières sont supérieures aux autres pour la destruction de certaines matières organiques telles que l'urée, le glycocolle, la tyrosine, la leucine. Pratiquement l'iode est peut-être le plus facile et le plus simple des désinfectants actuellement connus. En somme, « pour les corps étudiés, ceux qui agissent mécaniquement séparent de l'eau plus de matières organiques que les oxydants, mais par contre détruisent moins sûrement les germes que ces derniers ».

L'abus des lavages des cavités naturelles.

Dans son récent précis de thérapeutique, M. le Dr *Arnozan*, de Bordeaux, critique avec grande justesse l'abus que l'on fait aujourd'hui des lavages des cavités naturelles, soi-disant dans un but antiseptique.

« Considérant, dit-il, les sécrétions des organes enflammés comme des liquides chargés de germes et de toxines, on s'est hâté de laver toutes les cavités naturelles ou artificielles pour en expulser ou en désinfecter les liquides. Il semblait que si l'on réussissait à enlever la dernière goutte de pus d'une plèvre malade, d'un vagin enflammé ou d'une fosse nasale atteinte de coryza chronique, c'était assurer une guérison tout à fait rapide. De là, la grande extension des lavages et des injections dans les gastrites et les ectasies stomacales, les entérites coliques et rectales, les uréthrites, les cystites, les vaginites, les métrites. les suppurations articulaires, pleurales, péritonéales, etc. Or, les succès sont loin d'avoir répondu régulièrement à cette pratique pourtant poursuivie avec méthode et persévérance. On a pu incriminer en cas d'échec l'insuffisance des qualités antiseptiques des liquides employés. Mais les insuccès tiennent le plus souvent à des causes autrement importantes et qu'il faut connaître.

a. *Causes de leurs insuccès.*— D'abord les injections ne pénètrent pas toujours dans toutes les anfractuosités des cavités naturelles ou artificielles. En faisant circuler des liquides colorés dans le vagin, les fosses nasales ou telles autres

---

des courtisanes d'ordre ou de désordre inférieur, n'aspirent plus (leurs créanciers aussi) qu'à reprendre au sexe féminin, sous la forme d'une dot sérieuse, tout l'argent qu'ils lui ont prodigué.

Quels enfants, je vous le demande, pourraient naître de leur accouplement ? C'est donc avec juste raison, que, dans l'intérêt de la France, les penseurs les plus autorisés réclament notre intervention, pour mettre fin à l'amoindrissement de notre race et favoriser la natalité par la sélection.

En terminant, je ferai remarquer une fois de plus l'importance que le médecin a prise sur la scène et dans les préoccupations des auteurs dramatiques. Et voici en quels termes Francis Chevassu a expliqué ce changement : « L'évolution nouvelle, qui réinstalle le médecin dans sa dignité magistrale et lui permet de parler aux fauteuils d'orchestre, professoralement, se rattache à des causes multiples. Elle constitue bien un peu, en dépit de M. Brunetière, un hommage aux découvertes de la science moderne — encore que celle-ci n'ait point encore trouvé le spécifique du rhume de cerveau. Elle participe encore de la gravité avec laquelle les dramaturges s'appliquent aujourd'hui à aborder les problèmes sociaux. Elle consacre, enfin, la prépondérance du médecin, qui a pris peu à peu, dans notre société, libérée de la foi, comme on l'a remarqué souvent, la place, devenue libre, du confesseur. Son cabinet, religieux comme un temple, a recueilli les damnés de l'hérédité physiologique, les excommuniés de la joie de vivre ; c'est là que le docteur reçoit les contritions des corps en peine et promet le paradis terrestre aux pénitents qui se seront bien soignés.» Séverine elle-même, après avoir censuré un opérateur, pour son âpreté au gain, s'empressait récemment de conclure ainsi : « Raillerie à part, il faut garder à l'ensemble médical ou chirurgical tout respect et toute estime, non en raison des circonstances, du besoin que l'on peut ressentir, momentanément, de son savoir et de son zèle, mais parce que estime et respect sont mérités amplement. Pour quelques pasteurs galeux, le troupeau est sain et bon. »

Cette justice tardive, bien faite pour nous dédommager des sévérités d'autrefois, a lieu de nous enchanter, à condition que ce ne soit pas un motif pour les Eliacins de la bourgeoisie, de venir grossir outre mesure les rangs de nos phalanges médicales. Tout ce qui peut donner du relief à la profession, mettre en vedette l'importance de notre rôle social, a pour contre-coup inévitable d'exciter certaines convoitises et d'attirer des jouvenceaux en quête d'une situation.

Il est à souhaiter qu'ils ne se laissent pas griser par des apparences et nous devons continuer, comme contre-poids, à évoquer la lamentable pléthore, qui longtemps encore rendra fort précaire, pour le plus grand nombre des fils d'Hippocrate, l'exercice de notre sacerdoce.

Dr Grellety (de Vichy).

N. D. L. R. De ces lignes, *qui nous furent remises il y a trois mois*, nos lecteurs pourront rapprocher l'article que M. E. Faguet vient de publier dans la *Revue Bleue*. Notre confrère Grellety plaide ses causes en bonne compagnie.

---

excavations, l'examen pratiqué immédiatement après montre que nombre de points ont échappé complètement au contact du liquide infecté. Les sécrétions pathologiques accumulées dans ces points ne subissent donc en aucune façon l'action des injections, du moins telles qu'on les pratique habituellement.

En second lieu, il peut arriver inversement que l'injection, pénétrant dans des points que l'inflammation a jusqu'alors respectés, y entraîne des sécrétions pathologiques et amène ainsi la propagation des lésions spécifiques. Plus d'une blennorrhagie doit aux injections d'avoir pénétré de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur ; elles sont alors, non seulement inutiles, mais nuisibles.

Mais les deux grands motifs qui expliquent l'insuccès des lavages, c'est la disposition des microbes sur les muqueuses enflammées, ce sont les conditions d'écoulement du liquide sécrété. L'anatomie pathologique a montré que les bactéries pathogènes, dans la plupart des cas, on pourrait dire dans tous les cas, ne sont pas seulement étalées à la surface des membranes, mais logées dans des couches plus ou moins profondes de l'épithélium ou même du derme muqueux (uréthrite, métrite puerpérale, etc.). Il est bien clair qu'un simple lavage est alors absolument incapable d'agir sur ces bactéries, véritables causes de la prolongation ou de l'aggravation du mal. Si l'on veut obtenir une action efficace, il faut que le liquide injecté puisse modifier les parois des cavités par cautérisation ou par absorption, mais autrement, en tout état de cause, que par des propriétés simplement antiseptiques. Quant aux conditions d'écoulement, ce sont elles qui, le plus souvent, dominent la situation. Quelle que soit la septicité du pus ou du liquide sécrété, le malade a des chances de se sauver si l'écoulement est bon, si le liquide ne peut s'accumuler ou séjourner dans les cavités, parce qu'alors il échappe à la résorption des toxines. Au contraire, un liquide modérément toxique sera tout particulièrement dangereux, s'il ne peut librement fluer au dehors et s'il ne sort pour ainsi dire que par regorgement. Dans de telles circonstances un lavage aura peut-être quelqu'avantage en substituant dans les clapiers un liquide aseptique ou antiseptique au liquide de sécrétion morbide, mais il ne faut pas se faire illusion sur la valeur de ce moyen thérapeutique. Car le liquide injecté, s'il est fortement antiseptique, sera en partie retenu et exposera le sujet à des troubles d'intoxication. et, s'il est anodin, il n'empêchera nullement la reproduction des germes, peut-être la favorisera-t-il. Voilà pourquoi, les lavages des pleurésies purulentes sont si souvent suivis d'élévation de la température, lorsqu'on n'a pas le soin de vider très exactement les culs-de-sac pleuraux.

b. *Indications et contre-indications générales des lavages.* — Partant de là, quelles seront les indications et les contre-indications générales des lavages et injections ? 1° On s'abstiendra en général d'injections préventives ; toute introduction d'instruments et de liquides dans une cavité pouvant être l'occasion d'introduction de germes dans celle-ci. C'est ainsi qu'en obstétrique, après avoir énergiquement préconisé les lavages vaginaux chez les femmes saines, on commence aujourd'hui à recommander l'abstention ; 2° on fera des lavages, lorsqu'il s'agira d'expulser des débris, des caillots, des concrétions qui séjournent dans les cavités et qui ne peuvent en être chassés que par un liquide circulant sous une certaine pression : injections intra-utérines dans les cas de rétention placentaire ou autre, irrigations nasales après les épistaxis, dans les ulcérations scrofuleuses recouvertes de croûtes, etc. ; 3° on fera encore des lavages, quand la sonde ou le tube introduits permettent de retirer les liquides toxiques ou septiques et de retirer en outre intégralement le liquide injecté (lavage de la vessie, lavage de l'estomac, etc.) ; 4° on n'en fera pas, si ce retrait est incomplet ou incertain, et la véritable antisepsie consistera alors avant toutes choses à assurer l'écoulement régulier des liquides sécrétés, le lavage ne pouvant intervenir efficacement qu'après cette première intervention (contre-ouverture, dilatation des conduits, etc.).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

Rétention et incontinence d'urine.

Nous avons actuellement dans nos salles plusieurs malades atteints d'affections des voies urinaires : un homme d'abord, une femme ensuite, entrés l'un et l'autre avec de la rétention d'urine, puis une autre femme qui offre un trouble absolument opposé, c'est-à-dire l'incontinence urinaire. Vous avez pu la voir dans son lit avec son urinal, qui ne la quitte pas.

Je désire profiter de l'occasion pour vous exposer quelques considérations cliniques sur ces différents sujets. Ce sont des questions absolument pratiques, de première importance, que nous avons souvent à résoudre d'urgence. Leur enseignement est malheureument un peu négligé dans les services généraux de chirurgie.

Je m'occuperai surtout de la rétention d'urine de l'homme, un des points sombres de la vie masculine à son déclin. Chez la femme cet accident est plus rare, et d'ailleurs plus facile à soigner, à part quelques exceptions qui se rattachent à l'obstétrique et intéressent plus l'accoucheur que le chirurgien.

Notre malade, âgé de 51 ans, est entré il y a 3 jours dans le service. Il se plaignait de n'avoir pas uriné depuis 15 à 20 heures. L'interne de garde pratiqua le cathétérisme avec une sonde en gomme et retira 600 grammes de liquide de la vessie. Depuis, le patient urine à peu près bien et se trouve en quelque sorte guéri. Comme vous le voyez, il s'agit d'un cas des plus simples.

Qu'est-ce donc que la rétention d'urine ? Ce terme, semble-t-il, se définit de lui-même. Pas tout à fait cependant. Cela veut-il dire un homme qui n'urine pas ? Nullement, car vous allez voir, chose singulière, des malades qui urinent apparemment trop et qui n'en sont pas moins atteints de rétention. Celle-ci doit être définie : la retenue de l'urine dans la vessie. Elle existe dès

qu'il y a, dans le réservoir vésical, de l'urine non évacuée spontanément. Pour avoir oublié cette définition, j'ai été, un jour, induit en erreur dans les circonstances suivantes : je fus appelé, une après-midi, auprès d'un homme qui n'urinait pas depuis 24 heures. Je prends une sonde, pratique le cathétérisme, rien ne vient. Je déplace l'instrument pour m'assurer que je suis bien dans la vessie, pas une goutte d'urine ne sort. Pensant que les yeux de la sonde se trouvent peut-être obstrués, j'injecte du liquide dans le cathéter, le liquide revient tel. Pas trace d'urine... le malade était atteint d'anurie ! Pour éviter une semblable erreur, il faut toujours penser à cette dernière affection en face d'un patient qui n'a pas uriné depuis 24 heures. Son pronostic comme son traitement sont, en effet, bien différents de ceux de la rétention. Elle cause la mort, nous le savons, dans la majorité des cas et à brève échéance.

Eh bien ! quel est donc le signe clinique pathognomonique de la rétention, signe auquel on s'adressera en premier lieu pour fixer le diagnostic ? C'est la tumeur hypogastrique. Découvrez le ventre du malade, placez la main sur l'hypogastre et vous constaterez la présence d'une tumeur qui se présente ainsi : elle est *hypogastrique* comme siège, *médiane*, *lisse* et *régulière* à sa surface, *fluctuante* et *mate* à la percussion. Lorsque vous percevez une grosseur répondant à tous ces caractères, vous pouvez être certain qu'il s'agit d'une vessie distendue.

Chez un sujet maigre, à parois abdominales minces, tous ces éléments sont nets, faciles à sentir et la tumeur apparaît limitée comme un fibrome utérin. Au contraire, chez une personne âgée, grasse, à pubis épais, les signes en question sont souvent extrêmement difficiles à reconnaître. Supposez, de plus, le rectum vide, la vessie viendra remplir le petit bassin. Vous palpez alors sans rien trouver, les caractères de la vessie distendue ont disparu, sauf un : *la matité*.

Tels sont les symptômes locaux particuliers à la rétention d'urine. Il n'existe ni réaction, ni douleur à la pression. Les douleurs spontanées sont variables et se présentent sous deux formes. La première comporte des souffrances tellement intenses que le patient se roule sur son lit ; la seconde, dont il faut se défier, est complètement indolente et le malade non averti par les phénomènes douloureux ne soupçonne souvent pas sa situation. Je vous dirai, dans un instant, qu'il y a deux causes principales de rétention d'urine, l'une d'ordre uréthral, l'autre d'ordre vésical. C'est surtout dans la première que les douleurs se montrent et dans la seconde qu'elles sont à peine accusées.

Le diagnostic de la rétention d'urine est, en général, facile. On rencontre, toutefois, quelques observations rares où l'erreur est presque impossible à éviter. Telle, par exemple, l'histoire exceptionnelle d'un malade que j'ai soigné. Un matin, à l'hôpital, mon interne me montre un homme à vessie distendue qu'il a sondé la veille sans arriver à obtenir une goutte d'urine. Je regarde le patient, j'examine l'hypogastre où je découvre une tumeur offrant, au complet, tous les caractères, dont je donnais l'énumération tout à l'heure. Je dis à l'interne : mon ami, vous avez mal sondé. Je prends à mon tour une sonde, j'arrive dans la vessie : rien, pas d'urine ! Or, voici ce dont il s'agissait. Le réservoir vésical était effectivement distendu par du liquide, mais du liquide enkysté. Le malade était porteur d'un kyste hydatique du muscle vésical qui donnait exactement l'apparence d'une rétention d'urine. Le diagnostic était, il va sans dire, impossible à faire cliniquement. Cette erreur est, je crois, à peu près la seule pouvant se présenter ; et d'ailleurs — je la signale comme telle — infiniment rare.

Voilà donc, grâce aux signes physiques, un premier point résolu. Vous avez constaté la tumeur hypogastrique, vous pouvez affirmer la présence de l'urine dans la vessie distendue, le patient est bien réellement atteint de rétention d'urine.

Il convient, maintenant, de rechercher à quelles causes attribuer cet accident. Je vous propose, à ce sujet, deux grandes divisions.

1° Les causes d'ordre mécanique, liées à une altération du canal de l'urèthre ;

2° Les causes d'ordre dynamique, liées à des modifications du corps vésical, à une faiblesse de son muscle.

Les causes d'ordre mécanique sont souvent les plus graves. Elles sont assez nombreuses. Il s'agit quelquefois d'un corps étranger du canal. Ceci se voit chez certains individus ayant la singulière et érotique manie de s'introduire différents objets dans l'urèthre. Ceci se voyait aussi, autrefois, sous forme de débris de calculs, lorsque les chirurgiens pratiquaient la lithotritie en plusieurs temps. L'obstacle à l'écoulement de l'urine peut être un éclat osseux, du pubis surtout, dans les fractures du bassin, ou un rétrécissement. Chez notre malade, il existait une stricture du canal, d'origine blennorrhagique, au niveau du bulbe. La rétention au cours des rétrécissements est assez rare, l'urine s'écoulant en général, plus ou moins rapidement, goutte à goutte au besoin. Notre malade, était, il est vrai, un alcoolique et il a dû faire, en outre de son rétrécissement, du spasme.

La rétention s'observe, dans certaines circonstances, au cours de la blennorrhagie aiguë. Cet accident, qui succède habituellement à un excès de fatigue ou de boissons, relève alors d'une cystite aiguë du col et dure 24 à 48 heures au plus. Il nécessite un traitement un peu spécial (bains, sangsues, etc.), le cathétérisme étant ici particulièrement pénible.

Mais, parmi les causes de rétention d'ordre mécanique, la principale est constituée par l'ensemble des lésions organiques du col de la vessie, l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, en particulier.

Les causes de nature dynamique tiennent à l'affaiblissement et à la paralysie du muscle vésical, états morbides malheureusement communs au déclin de la vie. Dans l'âge avancé, on observe très souvent une forme mixte de rétention, la parésie du muscle vésical s'ajoutant à un développement exagéré du lobe moyen de la prostate.

Il existe aussi des affections nerveuses susceptibles de provoquer la rétention d'urine et ceci m'amène à vous parler de la malade entrée dernièrement dans le service. Elle nous est arrivée il y a quinze jours avec arrêt complet de l'émission urinaire. On avait pensé à une obs-

truction du canal de l'urèthre par compression. L'examen de cet organe et celui de l'utérus nous a montré qu'il n'en était rien. Il y avait bien un peu d'antéversion, mais celle-ci ne provoque guère, au contraire, la rétention. Pas de calcul, pas de corps étranger du canal et, bien que la rétention fût complète, nous en avons conclu à un trouble d'origine hystérique.

Effectivement, après 2 à 3 jours, la femme a guéri sous l'influence du repos, des bromures et de... bonnes paroles.

Enumérons, enfin, quelques causes plus rares. Les traumatismes du bassin, les luxations de la hanche, les opérations pratiquées autour de la vessie, la fistule anale, certaines inflammations (celles du creux ischio-rectal au début), provoquent quelquefois, sans qu'on s'en explique l'origine, des rétentions d'urine.

Telle est la série de causes que le clinicien doit parcourir, lorsqu'il a fait le diagnostic de rétention.

Quelques mots, maintenant, sur l'incontinence d'urine. Vous en avez vu un exemple dans nos salles chez un malade de 27 ans, homme de peine, qui depuis deux mois se plaint de perdre constamment et spontanément ses urines. Qu'est-ce donc que l'incontinence ? C'est l'état de la vessie lorsqu'elle ne peut retenir l'urine. Normalement, il y a concordance entre la puissance du muscle vésical et la résistance du col. Lorsque le premier se contracte, le second, sous l'influence de la volonté, s'entr'ouvre. Une fois l'urine écoulée le col se referme. Supposez une cause quelconque empêchant ce dernier acte, une paralysie ou une diminution de tonicité des fibres musculaires du sphincter, ou encore un calcul maintenant le col ouvert, l'urine s'écoule constamment à mesure qu'elle est émise.

Il existe deux variétés d'incontinence, importantes à distinguer : la vraie, qui est celle dont je viens de parler, tenant à ce que le col vésical ne peut plus se fermer, et la fausse. L'incontinence nocturne des enfants est, soit dit en passant, une incontinence vraie. Je pense, pour ma part, qu'elle relève d'une diminution de tonicité du sphincter : à l'état de veille, celui-ci se maintient grâce à la volonté ; pendant la nuit il n'en va plus de même, la volonté ne s'exerçant plus.

L'incontinence fausse se présente sous plusieurs formes. En voici une : un col vésical enflammé donne lieu à de fréquentes envies d'uriner. Si la lésion est aiguë, ces envies peuvent être tellement rapprochées que cela devient de l'incontinence. Il ne s'agit pas d'un col ne fonctionnant plus, mais d'un col fonctionnant trop. La paralysie et l'inflammation du col vésical, nettement différentes, aboutissent à ce point de vue au même résultat : l'incontinence. C'est à cette forme de fausse incontinence qu'appartient notre malade. Nous n'avons pas trouvé chez lui de lésion nerveuse, médullaire ou autre. Il s'est plaint, au début, d'envies d'uriner survenant toutes les heures, puis toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, si bien qu'il était arrivé à ne plus dormir, urinant spontanément chaque fois que l'envie n'était pas immédiatement satisfaite. Il commença alors à porter un appareil en caoutchouc pour ce qu'il appelait son incontinence d'urine. En réalité, il est atteint de cystite du col et de prostatite à peu près certainement tuberculeuses. La sonde ramène par le cathétérisme des urines purulentes, l'exploration des voies urinaires ne rencontre aucun calcul, mais, par contre, le toucher rectal montre un lobe prostatique inégal et bosselé.

Seconde forme de fausse incontinence sur laquelle je désire appeler votre attention, car elle constitue une source de nombreuses erreurs très préjudiciables aux malades. Lorsqu'au cours d'une rétention, la vessie est distendue par l'urine, elle remonte peu à peu dans l'hypogastre au point d'atteindre le volume d'une tête d'adulte. Il arrive un moment où la vessie résiste, le liquide presse sur ses parois avec une telle force que, si un dégagement ne se produit pas, l'organe va éclater. Naturellement, en général, la partie la moins résistante, le col vésical, cède, le liquide s'y engage et le malade urine par regorgement. Cette variété clinique (de rétention) se présente avec tous les caractères de l'incontinence vraie. Il y a écoulement incessant d'urine qui souille continuellement le malade. Si l'on n'y prend garde, l'erreur, la confusion avec l'incontinence véritable, est facile à faire. Je vous disais, au début de cette leçon, que l'on pouvait avoir une rétention d'urine tout en urinant trop, vous comprenez maintenant le sens de ma phrase. C'est surtout dans les cas de rétention d'origine uréthrale que ce phénomène se produit. Si, alors, on n'intervient pas à temps, la rupture de la vessie peut s'ensuivre. Lorsque j'étais à l'amphithéâtre de Clamart, j'ai étudié la question d'assez près et je répétais souvent devant les élèves l'expérience suivante : je mettais à nu l'uretère et j'y injectais du liquide ; immédiatement nous voyions la vessie se distendre arrivant jusqu'au volume d'une grosse tête d'enfant. Je continuais à pousser du liquide et, à un moment donné, celui-ci s'écoulait par le col vésical et la verge. On aurait pu, dès lors, faire passer ainsi une quantité indéterminée de liquide, comme dans la miction par regorgement. Je prenais ensuite un lien avec lequel je fermais le canal de l'urèthre et je pratiquais enfin une petite injection, une demi-seringue suffisait pour produire un léger bruit sec : la vessie était rompue, habituellement au niveau de son bas-fond.

Telles sont les considérations cliniques que je désirais vous exposer sur les incontinences d'urine. Reste un point important, le traitement. J'y consacrerai ma prochaine leçon.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Le régime alimentaire dans les hôpitaux.

Dans une de ses dernières séances, la Société médicale des hôpitaux a accepté les conclusions formulées par M. Chauffard au nom d'une commission spéciale instituée par M. le Directeur de l'Assistance publique, dans le but d'étudier cette importante question, et de formuler, d'après les indications données par la Société, une revision complète des régimes alimentaires. Les données générales proposées par M. Chauffard dans son premier rapport publié le 12 juillet 1901 ayant été acceptées, elles ont servi de bases pour le travail

de cette nouvelle commission, composée de MM. Le Gendre, Faisans, Sevestre, Mathieu, Œttinger, Lion, Soupault, et Chauffard, rapporteur.

Dans son nouveau rapport, M. Chauffard demande que les directeurs et économes des hôpitaux soient invités à s'occuper avec le plus grand soin des services de la cuisine, à surveiller la composition et la variété des menus.

Les plats devront être servis chauds, et non déjà à demi-refroidis, comme cela arrive trop souvent. Les malades en état de se lever prendront leur repas dans un réfectoire indépendant des salles et bien aéré. Les alités auront une petite table mobile, posée sur le lit.

Les syphilitiques devront avoir des couverts particuliers, reconnaissables à un poinçon spécial.

Si l'organisation du service et du personnel le permet, il serait bon de modifier les heures des repas, pour les rapprocher des conditions normales de la vie.

Au point de vue de la *nature* des aliments et boissons, M. Chauffard rappelle la trop large place prise par le bouilli et par le bouillon dans les menus hospitaliers, et demande que, pour faire le bouillon, on ne prenne que les parties du bœuf qui ne peuvent être utilisées autrement.

Les légumes *frais* devront être de bonne qualité et variés le plus possible.

Les légumes *secs*, employés en purées, constituent d'excellents aliments, de grande valeur nutritive, et dont on ne saurait trop recommander l'emploi.

Aux boissons actuellement données dans les hôpitaux (lait, vin et bière), peut-être pourrait-on adjoindre une boisson saine, économique, et dont l'usage s'accroît chaque jour, le *cidre* léger, et coupé d'eau au besoin. Surtout les malades devraient disposer de carafes d'*eau* potable et dûment filtrée, et ne pas être soumis au régime du vin pur obligatoire ou coupé de tisane.

Abordant la composition des divers régimes, la Commission et M. Chauffard proposent de supprimer la répartition actuelle *en degrés*, et de la remplacer par une répartition d'ordre médical, *en régimes*, et voici la série de ces régimes où les quantités sont comptées non en aliments crus, mais en aliments cuits et accommodés :

Régime des adultes. — *A*. Le régime normal est assez analogue à l'ancien 4e degré, et serait ainsi composé : *repas avant la visite* : soupe au lait ou aux légumes (30 centilitres), ou café au lait (30 centilitres).

Repas du matin : viande rôtie, 100 grammes, ou abats, hachis, 100 grammes ; légumes secs, 150 grammes ; ou légumes de saison, 130 grammes, plus un œuf.

Repas du soir : soupe grasse ou maigre, 30 centilitres ; viande rôtie, ou bouilli accommodé, 100 grammes ; ou poisson, 160 grammes. Légumes frais, 160 grammes ; ou pommes de terre, 240 grammes ; ou riz au gras ou au lait, 20 centilitres ; ou pâtes alimentaires, 120 grammes.

Pain à discrétion, par petites tranches.

Comme boisson : vin, H., 30 centilitres, F., 25 ; lait, H., 1 litre, F., 1 litre ; bière ou cidre, H., 1 litre, F., 1 litre.

B. Le Régime des convalescents devra être l'objet de soins spéciaux, au point de vue de la nature et de la qualité des aliments.

Repas avant la visite : lait ou café au lait, 30 centilitres ; ou potage au lait ou au bouillon, 30 centilitres.

Repas du matin : poulet rôti, ou côtelette — purée de pommes de terre ou de légumes secs, 15 centilitres.

Repas du soir : potage au lait ou au bouillon, 30 centilitres : poisson blanc, maigre, 100 grammes : ou 2 œufs, ou cervelle ; fruits cuits ou compote, ou riz au lait.

Lait, 1 litre ; ou vin, 20 centilitres.

C. Régime des dyspeptiques. — *Repas avant la visite* : soupe au lait, 30 centilitres.

Repas du matin : viande rôtie, moulinée ou non, 100 grammes ; purée de légumes verts ou féculents, 150 grammes ; ou pâtes alimentaires, 120 grammes ; ou 2 œufs.

Repas du soir : même composition, plus une soupe au lait ou aux légumes, 30 centilitres.

Lait, 1 litre et demi,

D. Régime lacto-végétarien. — Lait, 2 litres : œufs, 4 ; 2 potages au lait. On pourra remplacer 2 œufs par : légumes verts cuits, 16 centilitres ; ou purées féculentes variées, 15 centilitres ; ou pâtes alimentaires, 120 grammes.

E. Régime lacté intégral. — H., 3 litres et demi de lait ; F., 3 litres.

F. Régime de suralimentation. — Le régime de suralimentation comprendra un des régimes fondamentaux ci-dessus, auquel on adjoindra un supplément, constitué par deux œufs, ou par des sardines à l'huile, ou par 100 à 150 grammes de viande crue pulpée, ou par du fromage ou beurre.

G. Le régime des diabétiques ne peut se formuler d'une manière uniforme, car s'il reste toujours le même par la *nature* des aliments, il peut varier énormément comme *quantité*, suivant que le malade est plus ou moins polyphagique.

Pour donner à ce régime l'élasticité dont il a besoin, tout en permettant un contrôle nécessaire pour éviter les abus, la Commission propose, dans ce cas particulier, et *par exception*, de recourir à des bons individuels, imprimés, et sur lesquels seules seraient à spécifier les quantités alimentaires prescrites. Suivant ordonnance médicale, la pomme de terre pourrait être substituée au pain de gluten.

Comparés aux anciens degrés, ces régimes diffèrent par le groupement des aliments, et aussi par l'importance relative donnée aux diverses substances alibiles. Diminution du vin, du bouilli et du bouillon ; augmentation du lait, des œufs, des purées féculentes et pâtes alimentaires : voilà, dans leur ensemble, quelques-unes des caractéristiques médicales de cette nouvelle diététique.

Régime normal des enfants (rédigé par une commission présidée par M. Sevestre).

A. Nourrissons. — Lait (naturel ou stérilisé, au choix du médecin), 1 litre.

B. Sevrés. — Lait naturel, 1 litre et demi ; farine pour bouillie (blé, orge, avoine, maïs, riz, tapioca) ou farine de légumes secs (haricots, lentilles, pois), 50 grammes ; sucre, 25 grammes ; œufs, nº 1.

C. Petits enfants. — Boisson : lait, 1 demi-litre.

Pain à discrétion.
Le matin : soupe au lait ou soupe maigre ; ou chocolat (une ou deux fois par semaine), 25 centilitres.
Déjeuner : 1° Œufs, n° 2 ; ou poisson, volaille, viande braisée, 80 grammes ;
2° Purée de légumes secs ou riz, pâtes, 80 grammes ; ou pommes de terre ou légumes de saison, 100 grammes
3° Compotes de fruits, 50 grammes.
Dîner : 1° Soupe maigre ou soupe grasse, 25 centilitres ;
2° Légumes ou pâtes, ou crèmes, 60 à 80 grammes ;
3° Compotes ou confitures, 50 grammes.

D. GRANDS ENFANTS. — Boisson : lait, 1 demi-litre ; ou eau rougie (eau PURE), vin, 15 centilitres.
Pain à discrétion.
Le matin : soupe au lait ou soupe maigre, café au lait ou chocolat (une ou deux fois par semaine), 25 centilitres.
Déjeuner : 1° Viande rôtie ou braisée, 80 grammes ; ou ragoût, ou poisson, 100 grammes ;
2° Légumes secs, ou riz, ou pâtes, 100 grammes ; ou pommes de terre, ou légumes de saison, 120 grammes :
3° Fromage (gruyère), ou compote de fruits, ou fruits frais.
Dîner : 1° Potage gras ou maigre, 25 centilitres :
2° Œufs, n° 2 ; ou poisson, 80 grammes : ou viande, 60 grammes ;
3° Légumes comme le matin.

RÉGIME LACTÉ. — Lait, 2 litres

RÉGIME DES CONVALESCENTS. — Régime *B* ou régime *C*, avec addition de viande ou volaille, 60 grammes.

RÉGIME DE SURALIMENTATION. — Régime *C* ou régime *D*, avec addition de viande crue, 100 à 150 grammes. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La pétition des masseurs et des magnétiseurs à la Chambre des députés (1).

par M. le docteur LE MENANT DES CHESNAIS

On s'agite fort en ce moment dans le monde des masseurs et des magnétiseurs. Une pétition circule et, si l'on en croit les intéressés, elle porte déjà plusieurs milliers de signatures. Et pourquoi toute cette agitation ?

Pour obtenir de la nouvelle Chambre que l'art. 16 de la loi de 1892, visant l'exercice illégal de la médecine soit modifié et que « *les pratiques du massage et du magnétisme soient permises à toutes les personnes aptes à le faire, dans le but de soulager ou de guérir leurs semblables* ».

Mais les termes mêmes de la pétition en démontrent le peu de valeur.

Quel est le but de la loi sur l'exercice de la médecine ? C'est justement d'exiger l'aptitude de ceux qui veulent pratiquer cet exercice dans le but de guérir leurs semblables.

Pourquoi défend-elle aux pharmaciens la vente d'un grand nombre de médicaments, sans ordonnances, bien qu'ils aient fait des études spéciales dont justifient leurs diplômes ?

C'est parce que, tout en connaissant les propriétés de chacun de ces médicaments, ils n'ont pas fait d'études suffisantes pour leur bonne application.

Est-ce que la loi n'interdit pas aux sages-femmes certaines interventions, au sujet desquelles la somme de connaissances qu'on leur demande pour la pratique ordinaire des accouchements n'offre pas une suffisante garantie ?

De même, on a créé des écoles dentaires, où l'on donne tout enseignement nécessaire à l'exercice de cet art, mais non à celui de la médecine.

Aussi la loi se montre aussi sévère pour les dentistes que pour les pharmaciens et les sages-femmes.

Est-ce donc par suite d'une tendresse toute particulière pour les médecins que les législateurs ont agi ainsi, ou tout simplement parce qu'il est de leur devoir de protéger la santé publique ?

En ne permettant l'exercice de la médecine qu'à ceux qui, après un certain nombre d'années consacrées à l'étude de toutes les branches de cette science, ont justifié de leurs capacités pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, la loi remplit un devoir vis-à-vis de la société, dont on ne peut que reconnaître la sagesse et la nécessité.

Le traitement des maladies nerveuses demande, peut-être plus que tout autre, des connaissances approfondies d'anatomie, de physiologie et de pathologie ; or, il existe un mode de traitement qui, pour ne pas nuire, doit être appliqué avec un grand discernement dans chaque cas. Il retentit, en effet sur le système nerveux tout entier, et par lui sur chacune des nombreuses fonctions de l'organisme. Son action est si profonde que, dans bien des cas, aucune médication n'agit aussi énergiquement que lui jusque sur la vie psychique des individus.

Les faits qui le prouvent sont innombrables aujourd'hui.

Est-il, dès lors, admissible que la loi, qui, sagement, interdit aux pharmaciens, aux sages-femmes, aux dentistes, malgré leurs connaissances spéciales, l'exercice de la médecine aille autoriser le premier venu à user vis-à-vis de ses semblables d'un traitement des plus énergiques ?

La Cour de Rennes a donc fait preuve d'un grand souci de la santé publique en condamnant les pratiques d'un empirique, et en s'inspirant du vœu émis au congrès de 1900 par un des membres les plus distingués de la Société d'Hypnologie de Paris, le Dr Henri Lemesle, et conçu en ces termes :

« Le Congrès international de l'Hypnotisme « émet le vœu que la pratique de l'Hypnotisme « thérapeutique, *alors même qu'il est employé sous « le nom de magnétisme*, soit soumis à la loi du « 30 nov. 1892, sur l'exercice de la médecine. »

Ce vœu de la Société d'Hypnologie, approuvé par les membres du Congrès, sanctionné par la Cour de Rennes, vient d'être l'objet d'un très intéressant rapport du Dr Salomon (de Savigné-

(1) Extrait de la *Revue de l'Hypnotisme*, n° 1, juillet 1902.

l'Evêque), vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France. Nous ne doutons pas que ses conclusions en réponse à la pétition des Masseurs et des Magnétiseurs ne soient aussi celles de la Chambre des députés.

Il importe en tout cas de les rappeler ici aux lecteurs du *Concours médical* qui pourront les mettre sous les yeux de leurs nouveaux élus.

CONCLUSIONS DU RAPPORT SALOMON

Ayant exposé, d'une part :

1° Que le MASSAGE, le MAGNÉTISME et autres pratiques préconisées pour le traitement des malades, constituaient des moyens thérapeutiques puissants ;

2° Que ces PROCÉDÉS THÉRAPEUTIQUES étaient jusqu'ici exploités par des empiriques n'offrant pas de garanties suffisantes de science et de moralité ;

3° Que la tolérance accordée depuis quelques années à ces EMPIRIQUES était un danger pour la santé et la morale publique, ainsi qu'un attentat à notre monopole ;

4° Qu'en présence de ce DANGER et de cet ATTENTAT, les médecins avaient le droit et le devoir de protéger leurs clients et eux-mêmes ;

5° Que pour exercer ce DROIT et remplir ce DEVOIR, il fallait faire respecter la loi qui régit l'exercice de la médecine ;

6° Que, pour faire respecter la loi, il était nécessaire que l'article 16, maintenu tel qu'il est, fût rigoureusement appliqué.

Ayant exposé, d'autre part :

1° Que les masseurs-magnétiseurs, émus par l'APPLICATION DE L'ARTICLE 16 de la loi, avaient adressé aux députés une pétition ;

2° Que cette PÉTITION réclamait la suppression de l'article 16 ;

3° Que cette SUPPRESSION leur permettrait le libre exercice de leur art ;

4° Que le LIBRE EXERCICE de cet art serait un acheminement vers la suppression de notre monopole et des garanties de protection de la santé publique ;

5° Que, pour sauvegarder notre monopole et protéger la santé publique, nous devons protester.

Concluons :

I. — Le massage, le magnétisme et autres procédés thérapeutiques, avec ou sans l'emploi de médicaments, étant absolument du domaine médical, doivent y rester.

II. — L'article 16 de la loi sur l'exercice de la médecine, suffisant pour réprimer tout exercice illégal, doit être maintenu dans son intégrité.

III. — Les pratiques visées plus haut doivent être enseignées dans les Facultés et faire partie du programme de l'Internat et du Doctorat en médecine.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer l'adoption de la résolution suivante :

« Le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France

« Réuni en séance, le.... 1902, après la lecture d'un rapport qui lui a été présenté, en présence de la pétition adressée au Parlement par les magnétiseurs dans le but d'obtenir le libre exercice de leur art ;

« Estimant que ce libre exercice serait un danger pour la santé et la morale publiques, et porterait une atteinte profonde à l'exercice de la médecine ;

« Estimant, en outre, que les pratiques visées par les magnétiseurs sont, dans certains cas déterminés, des moyens curatifs puissants, mais dont l'emploi doit être réservé aux médecins, qui sont seuls qualifiés pour en fixer les indications ;

« Prie Messieurs les Sénateurs et les députés :

« 1° De ne pas prendre en considération la pétition des masseurs magnétiseurs ;

« 2° D'autoriser la création d'une classe d'hypnologie dans toutes les Facultés, et l'enseignement officiel du massage et autres procédés thérapeutiques sans médicaments, cet enseignement devant faire partie du programme officiel de l'Internat et du Doctorat en médecine. »

DEONTOLOGIE OBSTETRICALE

Le consentement de la mère est-il indispensable avant les opérations qui mettent sa vie en danger?

Nos confrères se souviennent du tournoi de MM. Maxwell, magistrat de Bordeaux, et Pr Pinard, sur cette délicate question qui met en jeu la responsabilité médicale.

La discussion s'est prolongée à la Société Obstétricale et dans la presse médicale surtout.

Nous réunissons ici les divers documents que nous avons recueillis à ce sujet.

I

Jus occidendi.

Messieurs les accoucheurs sont en train de m'intéresser énormément. La presse quotidienne, politique et littéraire « à cinq centimes les six pages » et nos journaux vénérés s'occupent d'une question agitée à la réunion d'avril dernier par la Société obstétricale.

L'embryotomie est-elle permise à l'accoucheur, quand une femme préfère sa vie à celle de son fœtus et futur enfant ? — M. le professeur Pinard a qualifié une semblable opération de « fœticide », et malgré ses déclarations magistrales, il a vu s'élever d'autres déclarations non moins magistrales et pourtant contradictoires. C'est le professeur Budin qui a rallié le plus de suffrages. — Le Dr Hergott est d'avis que, tant que la symphyséotomie et l'opération césarienne seront des opérations graves, *la femme aura le droit de ne pas les accepter*, et le Dr Bar, en affirmant qu'il avait pratiqué 25 symphyséotomies sans accident, tant pour la mère que pour l'enfant, a complètement oublié que cette opération cesse d'être « pratique » en dehors d'une clientèle aisée de ville, où les aides sont facilement trouvés, ou en dehors de l'hôpital.

Quant au professeur Fochier, il admet que la femme ne pouvant accoucher normalement est en état de « légitime défense » vis-à-vis de son enfant. Vous le voyez : « fœticide », « légitime dé-

fense » ; si ce n'est pas encore le pugilat, c'est déjà le combat.

Je mets à part le côté religieux. Le Dr Tre u a bien observé une femme, atteinte de vomissements incoercibles, qui préféra la mort à l'avortement à trois mois. Une décision du Saint-Office, en réglementant le cas, a posé en principe que l'Eglise ne devait jamais donner l'autorisation de pratiquer l'avortement. Mais, pour nous consoler, le Dr Bar nous a appris que le curé de Saint-Augustin s'était montré beaucoup plus libéral dans le même cas. — Rangeons-nous donc une bonne fois du côté de cette *libéralité*, si nous sommes de ceux qui comprennent encore l'hésitation entre les « règlements » du Saint-Office et la voix d'une conscience éclairée : cette étincelle vraiment divine qui brille au cœur de l'homme.

Or, donc, le Dr Bar a posé les questions suivantes (*Presse médicale*, 5 avril 1902) :

1° *En cas d'opération nécessaire, l'accoucheur doit-il prévenir la parturiente — et comment ?* Ceci n'est pas douteux en principe. — Si on avait affaire à une femme trop pusillanime, on se contenterait d'avertir les parents les plus proches — et ce, quoique, à mon avis, le seul fait pour une femme, d'avoir demandé à un médecin de l'accoucher, implique vis-à-vis de celui-ci une confiance absolue, le libre choix des moyens à employer — M. Bar ne pense pas de même. Il croit que « la femme ne se fie à son médecin « que pour un accouchement simple, voire « même pour des interventions sans danger « pour elle, ni pour son enfant, mais elle n'abdique nullement son droit de témoigner à « nouveau sa confiance, si une intervention grave « pour elle ou pour son enfant devient indiquée. « L'accoucheur ne doit jamais oublier que la « convention tacite ou non qui règle sa situation vis-à-vis de la parturiente est la suivante : Il est tout d'abord le conseiller ; habituellement, il est vrai, mais non nécessairement « l'opérateur. » Ceci est affaire de tempérament, mais j'espère que beaucoup de mes confrères sont de mon avis : quand une femme vient vous demander de l'accoucher, notre dignité ne nous permet pas d'admettre des restrictions *de sa part*, une limite imposée par avance à notre rôle effectif. M. Bar veut, il me semble, par trop assimiler les *docteurs en médecine* à des *sages-femmes*. Ce sont elles, ne l'oublions pas, qui sont préposées aux « accouchements simples » et qui sont les « conseillères ». La loi est plus aimable et plus confiante que M. Bar ; elle nous permet d'intervenir, elle prescrit aux sages-femmes *de nous envoyer chercher pour les opérations*, et elle a certainement oublié de spécifier que les *agrégés* seraient *seuls choisis pour les symphyséotomies ou les césariennes*. Mais, j'y pense, comment l'aurait-elle pu faire, puisqu'elle autorise *les docteurs* à pratiquer les laparotomies, hystérectomies, et autres tomies de même gravité, sur tout le territoire ? Notre tâche auprès d'une parturiente qui nous a librement choisi *ne peut être limitée que par nous-même*. Affaire de science et de conscience — nous sommes libres, avec notre expérience et sous notre responsabilité, d'accepter tout le poids d'une intervention, et nous devons être *seuls juges de la nécessité d'appeler un meilleur ou un plus habile*. — Le contraire serait pénible aux dignités chatouilleuses. Quand nous acceptons d'aider une femme quelconque, *nous nous engageons par cela même* à lui rendre service le mieux possible, *à agir au mieux de ses intérêts*, dont nous sommes à cette date les dépositaires. On fait beaucoup de bruit autour de la symphyséotomie et de la césarienne, mais la pratique des accouchements est pavée (comme l'enfer, de bonnes intentions) d'interventions qui exigent du sang-froid, de la décision, de l'habileté, de la rapidité. Les hémorrhagies de la délivrance, les scènes de l'éclampsie, certaines extractions du siège, certaines applications de forceps dans des milieux pauvres, sans eau, sans huile, sans savon, sans lumière, sans aide, parmi des gens qui hurlent, sont beaucoup plus méritoires et *plus difficiles* qu'une symphyséotomie dans une salle d'opérations aussi éclairée qu'aseptique, avec des aides intelligents et dressés !

Oui, vous devez prévenir la femme, ou ses proches, si elle est trop faible physiquement ou moralement, vous devez la prévenir de vos décisions, vous qu'elle a constitué, par son choix, maître de la situation. Vous devez avertir que vous procéderez *ou ferez procéder* à telle opération indispensable. Si le médecin n'a pas l'estime et la confiance absolue de ses clients, son rôle auprès d'eux est pitoyable et nous avons le droit, quand un passé de probité et de travail nous le confère, à être autre chose que des *souteneurs... de périnées !*

Et la façon dont vous saurez prévenir votre malade sera encore et toujours affaire de tact, et *simplifiée de beaucoup par la confiance, dont vous serez honoré*. En principe, toujours rassurer la femme ; se dire que durant un accouchement surtout, le moral est prompt à s'affecter, et en tenant compte de l'état de la mère et de l'enfant, du milieu, du moment de l'opération, faire entre deux interventions un parallèle impartial. Ne pas ressembler à la petite sœur qui, tendant deux gâteaux à son jeune frère lui dit : « Tiens, prends ce gentil petit, moi je prendrai ce vilain gros. » Ne dites pas : « Préférez-vous qu'on écartèle et démantibule les os de votre bassin plutôt que de vous faire une légère incision à la peau du ventre ? » Soyez un savant honnête et franc, vous imposerez votre manière de voir, et il sera exceptionnel que telle idée préconçue, que telle crainte folle d'un procédé résiste dans l'entourage à votre vision nette, nettement exprimée !

2° *Ne discutez jamais avec les gens étrangers* à notre art, ignorant nos discussions, les difficultés, les aléas. Appelez un confrère, deux confrères, si vos avis diffèrent trop, mais n'ayez aucune considération pour l'avis de personnes incapables, dont la science n'est qu'un résumé des potins de concierge, de la voisine d'en face ou du cas de Madame X.. Et c'est pour cette raison majeure que vous ne pouvez, vous le supérieur, *exécuter les ordres de l'inférieur, de la famille* et cesser d'être un directeur pour devenir un serviteur. Un bon médecin n'accepte pas plus d'accommodement avec son expérience, qu'une oreille juste n'accepte d'à peu près en musique. Si votre parole n'a pas su convaincre ou émouvoir, si les rôles sont renversés, sortez d'une maison où vous ne pourrez plus qu'avoir tort. A vrai dire, cette situation ne se-

rait créée que dans le cas où, vous, préférant la symphyséotomie et ses risques légers pour obtenir un enfant vivant, la mère exigerait la mort de l'enfant pour une délivrance par les voies naturelles. Si, comme M. Pinard, vous ne voulez pas commettre de « fœticide, » vous n'avez plus qu'à vous retirer en bon ordre. Au contraire, si vous estimez qu'une femme, se croyant bien conformée, a toujours le droit de ne pas s'exposer à un risque quelconque pour sauver son enfant, faites l'embryotomie. C'est mon avis. Convoler en justes noces, concevoir un enfant... et l'espoir de le mettre au monde dans des *conditions physiologiques* ou — constituer *un cas anormal*, renverse complètement les rôles. La femme se trouve bien en état de légitime défense et elle peut faire valoir que, si elle a accepté les *souffrances d'un phénomène naturel*, elle peut ne pas accepter les *risques d'une intervention pathologique*. A cela on pourrait objecter que chaque femme devrait, avant la conception, s'assurer qu'elle est normalement constituée et posséder, pour ainsi dire, un « certificat d'aptitude » à ses nouvelles fonctions. Mais, cela n'est pas entré dans nos mœurs, *car alors, la femme, instruite des risques à courir, au moment de la délivrance, ferait par la conception acte d'abnégation d'une grande partie de ses droits*. La situation serait la même pour une mère prévenue par une première embryotomie ;à une seconde grossesse, on aurait le droit de conseiller la symphyséotomie ou la césarienne, sous peine de passer au rang « *d'avorteur in extremis* », défaisant allègrement ce qu'Amour a fait aussi allègrement...

3° *Peut-on passer outre au refus de la parturiente?* Deux cas peuvent se présenter :

A. La parturiente a son libre arbitre.

Vous devez vous abstenir, si son avis diffère du vôtre. Elle n'a aucun pouvoir sur vous et ne peut même pas vous donner de conseils. De là, réciprocité !

B. La parturiente n'a pas son libre arbitre.

(Délire ou folie). Choisi par elle, vous êtes le continuateur de ses idées, son défenseur. Les questions d'intérêts surgissent, intérêts du père, intérêts des parents de la parturiente, au lieu « d'avoir recours au ministère public qui nommerait un curateur spécial », (Maxwel), demandez *que la famille désigne un médecin à son choix, qui représentera ses intérêts* dans « l'affaire » comme vous devez représenter ceux de votre cliente.

La discussion sera *scientifique et pratique* et vous serez complètement à l'abri.

En quoi un de ces noirs messieurs de la basoche pourrait-il vous aider à ménager les intérêts *et la santé* de votre cliente. La bavette que vous pourriez tailler, pour arriver à ce que votre bistouri pèse autant dans la balance de la Justice que l'épée de la Loi, ne pourrait vous donner aucune solution équitable, complète. Et puis, croyez-moi, en règle générale, dans toutes les questions médicales *noircies* au feu des discussions juridiques, le plus simple est *d'agir en conscience, aseptiquement, avec un confrère honorable* :

« *Et s'il y a des dieux, les dieux nous souriront.*

Dr Bommier, d'Arras.

(In *Revue médicale des hôpitaux.*)

II

Voici maintenant une analyse empruntée au *Journal des sciences médicales de Lille* :

Le médecin chrétien. — Leçons pratiques de Déontologie médicale, par le Chanoine Moureau, doyen de la Faculté de Théologie de Lille, et le Dr Lavrand, professeur à la Faculté catholique de Médecine. (Paris, F. Lethielleux, 1902).

A une époque, où le flot des nouveaux arrivants dans la carrière médicale menace d'ébranler, comme par un cyclone moral, les traditions et les principes de dignité et de conduite professionnelles que nous avaient légués les maîtres anciens, il n'est pas superflu de les examiner, de les recueillir, sous forme de Codes déontologiques, dont le respect devrait s'imposer à tous. Nous sommes déjà en possession, des ouvrages connus et estimés de Dechambre, de Juhel-Renoy, de Brouardel, de Grasset ; à côté d'eux, peut prendre place, malgré ses allures modestes, le livre de MM. Moureau et Lavrand. Il est le fruit de la collaboration d'un moraliste, théologien distingué, et d'un professeur de médecine. Il sera lu avec avantage, et souvent consulté, à cause du caractère de ses auteurs, des principes qu'ils représentent, et de sa réelle valeur. Nous voudrions en donner une idée.

Il s'adresse, plus spécialement, aux étudiants en médecine des Facultés catholiques ; et, est en quelque sorte, la quintescence de cours qui leur furent professés.

Il comprend deux parties :

1° Les devoirs généraux du médecin chrétien.
2° Les devoirs spéciaux.

I. — « Les devoirs du médecin découlent des « principes du droit naturel », ou des lumières de la raison que Dieu a mis en nous, pour nous éclairer. Ces « principes » ne sauraient mieux être définis ou interprétés que par la plus grande autorité morale qui existe au monde, par l'Eglise catholique et ses moralistes. Nul ne saurait prétendre que la loi civile, qui atteint seulement les actes extérieurs, suffise à diriger la conduite du médecin en toutes circonstances; s'il n'a d'autre idéal, que d'échapper à la justice des hommes, il est bien des infamies qu'il pourra commettre, pour arriver à la fortune et à la notoriété...

Aussi y a-t-il, pour lui, des « obligations de charité », et des «obligations de justice ». — Les auteurs les étudient, dans une série de chapitres, qui portent les titres suivants :

1° « Religion du médecin ; » sa nécessité; connaissances religieuses nécessaires au médecin ; religion dans la pratique du médecin.

2° « De la science nécessaire au médecin : » son acquisition ; sa conservation ; sa mise à jour.

3° « Dignité et honnêteté professionnelles. » — Signalons quelques paragraphes très judicieux, sur le charlatanisme et l'esprit du charlatanisme, sur la publicité extra-scientifique; sur la participation des médecins à des sociétés à bénéfices, pharmaceutiques, thermales, etc.

4° « Le médecin et ses confrères ». Sous ce titre, sont étudiées les conditions d'acceptation des clients d'autrui, les questions de détourne-

ments de clients, et les règles pour les consultations entre confrères, pour les remplacements, etc. Nous trouvous les auteurs un peu sévères pour les médecins homéopathes, quand ils disent qu'on ne saurait les accepter en consultation, parce qu'on ne pourrait s'entendre : la situation peut cependant être telle, parfois, que le confrère soit honorable, sans charlatanisme, et que la direction allopathique du traitement soit seule acceptée.

5° « Le dévouement du médecin » : obligation de la visite aux malades ; soins à donner aux pauvres ; rôle du médecin dans les maladies contagieuses et épidémiques ; règles à suivre dans les visites aux malades ; examen des malades ; diagnostic, etc... Est-il permis de mentir aux malades ?

6° « Des prescriptions de remèdes et des opérations de chirurgie. » — Le médecin doit, autant que possible, employer des remèdes dont l'effet est généralement reconnu efficace, et ne pas user inconsidérément des remèdes lancés par des réclames audacieuses. Puis, viennent les règles de l'emploi des remèdes dangereux, des substances narcotiques ou enivrantes, etc. Les auteurs s'élèvent avec force, et à juste raison, contre les expériences scientifiques, tentées sur des malades, comme celles qui ont été pratiquées récemment chez des cancéreux, pendant le sommeil anesthésique. Toute opération chirurgicale grave ne doit être faite que du consentement du malade ou de son entourage ; et que si elle a pour but de conserver la vie du patient, ou de le délivrer d'une infirmité insupportable, ou de douleurs intolérables. Il est cependant certaines opérations esthétiques parfaitement licites : mais les auteurs n'en parlent pas. Un article intéressant est celui qu'ils consacrent à la pratique de « l'hypnotisme » en médecine : les règles morales qu'ils indiquent sont larges ; l'hypnotisme est toléré en théorie et en pratique. Nous croyons qu'on ne saurait trop insister sur les réserves nécessaires d'habileté, de prudence, et d'honnêteté de l'opérateur : car l'abus n'est pas sans avoir une influence funeste sur l'hygiène des centres nerveux.

7° Le chapitre « De la discrétion médicale » occupe une place étendue dans l'ouvrage, que nous analysons. Il comprend l'importante question du « secret médical », de ses limites ; l'étude en est poursuivie au point de vue des assurances sur la vie, des certificats « post mortem », des sociétés de secours mutuels, des mariages projetés, des époux, des nourrices, des domestiques, des établissements industriels ou autres, des témoignages en justice, des expertises, etc. On y trouvera des renseignements précieux, et de sages règles de conduite.

8° et 9° Les derniers chapitres s'occupent « Des honoraires médicaux » et « De la responsabilité médicale ».

II. — C'est dans la deuxième partie, consacrée aux « Devoirs spéciaux du médecin chrétien », que s'affirme plus spécialement le caractère particulier de l'ouvrage de MM. Moureau et Lavrand. Là, en effet, sont soulevées de graves questions de morale chrétienne et de déontologie professionnelle, par exemple celles de « l'embryotomie », de « l'avortement », de la « grossesse extra-utérine », de « l'accouchement prématuré », de « l'opération césarienne post-mortem », etc. Les règles imposées sont délicates, et parfois sévères ; mais, il faut reconnaître que les progrès de la science ont déjà aplani bien des difficultés : « pax et veritas osculatæ sunt ».

Dans le chapitre II : « Du médecin et de la religion de ses clients », on s'occupe de l'administration du baptême en cas d'urgence, de l'appel du prêtre chez les malades catholiques, etc.

« Les certificats » et les « rapports médicaux », sont l'objet du chapitre III.

Les deux derniers chapitres sont relatifs au rôle des médecins dans les « procédures ecclésiastiques », à la « crémation » et à « l'inhumation ».

Telle est l'esquisse sommaire de l'ouvrage de MM. Moureau et Lavrand. La nature de certains sujets qui y sont traités peut surprendre d'abord les esprits non préparés : ils ont leur utilité pour le médecin chrétien. Tous ceux qui le consulteront, croyants ou incroyants, ratifieront l'éloge qui lui a été donné dans la préface de Mgr Baunard : « C'est un ouvrage bien fait, qui dit tout ce qu'il veut dire et peut dire ; et il le dit comme il faut, avec ordre, clarté, mesure, dans une langue sobre et simple, qui est le miroir d'une pensée en pleine possession de la doctrine qu'elle fait transparaître aux yeux. »

III

L'apparition de ce travail a provoqué un intéressant article de notre ami M. le Dr Thoyer-Rozat dans la *Presse Médicale.*

L'obstétrique et la morale chrétienne.

Par J. THOYER-ROZAT.

Au cours d'une grossesse, a-t-on le droit de sacrifier la vie du fœtus à la vie de la mère ? C'est là une grosse question, passionnante pour le médecin ; elle vient encore d'être récemment l'objet de nombreuses discussions dans les sociétés savantes médicales ; ici même, dans ce journal, M. Bar a indiqué quelle devait être, selon lui, la conduite du praticien.

Mais, cette question n'est pas seulement d'ordre médical et du ressort de la Médecine ; de tout temps, la Religion catholique l'a considérée comme relevant de la morale chrétienne et par conséquent, comme étant de son ressort. Après avoir exposé la doctrine médicale pure, il était donc indiqué d'exposer la doctrine catholique ; et c'est ce que je me propose de faire, en m'inspirant d'un livre récemment paru, auquel la qualité de ses auteurs donne une incontestable autorité en la matière.

*
* *

M. le doyen Moureau et M. Lavrand, l'un et l'autre professeurs à l'Université catholique de Lille, viennent de publier sous ce titre : *Le médecin chrétien* ; *leçons pratiques de déontologie médicale*, un véritable code de ce qu'ils considèrent comme étant les devoirs du médecin chrétien. Si certains chapitres de leur livre intéressent spécialement ceux pour lesquels ils l'ont écrit, les médecins chrétiens, il est d'autres chapitres dont l'intérêt est plus général, et justement celui qui a pour titre : l'obstétrique et la morale.

Tout médecin, en effet, est appelé à se trouver un jour ou l'autre en présence d'un cas de vomissements graves des premiers mois de la grossesse ayant résisté à tous les traitements et paraissant sérieusement compromettre l'existence de la mère, et ainsi amené à poser la question de l'avortement provoqué ; tout médecin peut être mandé auprès d'une femme en travail, à terme, ayant une angustie pelvienne trop accentuée pour laisser passer un fœtus et se trouvant dans des conditions telles (rupture prématurée des membranes, je suppose, avec début d'infection et fœtus compromis) qu'il lui sera difficile de penser à une symphyséotomie ou à une opération césarienne, et que l'embryotomie sur le fœtus encore vivant lui restera seule pour terminer l'accouchement.

Or, la malade à laquelle le médecin proposera l'avortement provoqué ou l'embryotomie comme ressource ultime, peut être une catholique convaincue qui opposera un refus formel à ces propositions en arguant de ses croyances religieuses, de sa ferme volonté d'obéir aux ordonnances de l'Église, de sa crainte d'encourir des peines ou excommunications dont l'Église menace ceux qui contreviennent à ses lois, etc. Et le plus irreligieux des médecins peut ainsi se trouver arrêté par une question de morale religieuse.

Il importe donc à tous de connaître l'enseignement de l'Eglise sur le fœticide sous ses diverses formes ; il importe à ceux qui sont catholiques pour en inspirer leur conduite, comme à ceux qui ne le sont pas pour savoir quelles résistances leurs clientes ou leur entourage pourront, au nom des dogmes, faire à la ligne de conduite qu'ils voudront suivre au nom de la science, et avec quels arguments ils devront répondre, textes en mains, aux objections qui n'émaneraient que de l'ignorance ou de l'interprétation erronée des ordonnances ecclésiastiques.

A cet égard, les appréciations de MM. Moureau et Lavrand sur cette question de « l'Obstétrique et la Morale » sont des plus intéressantes à connaître pour tous, d'autant que le caractère religieux de l'un des auteurs semble donner à la doctrine du livre auquel il a collaboré un caractère presque officiel.

Examinons donc les conclusions qu'ils formulent sur le fœticide thérapeutique, au nom de la morale chrétienne et voyons si elles paraissent définitives, irréfutables, en restant sur le terrain même où ils se sont placés.

*
* *

Il faut savoir gré à MM. Moureau et Lavrand d'avoir, dès l'abord, posé la question sans détours : « Il arrive parfois, disent-ils, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, que la vie de la mère soit irrémédiablement compromise à moins qu'on ne sacrifie le fœtus. N'est-il pas alors permis de recourir à ce moyen ? »

Ils se demandent donc à qui il appartient de juger la question : Est-ce au moraliste ? Est-ce au médecin ? Il s'agit de savoir, disent-ils, si la morale peut permettre le fœticide. Or, pour savoir si un acte est conforme ou non à la loi, il faut s'adresser à un homme de loi c'est-à-dire en l'espèce à un moraliste. Donc, ce sont les moralistes seuls qui sont compétents pour juger la question !

La conclusion est un peu prompte peut-être. La question du fœticide est une question de morale, sans doute, mais une question scientifique aussi ; il paraît impossible de séparer, pour la résoudre, la morale de la science. On ne voit pas la morale rejetant ici les indications de la science comme immorale (la science peut-elle être jamais contraire à la morale ?), pas plus loin qu'on ne voit la science s'affranchissant des règles de la morale pour trancher la question. Serait-ce trop demander que de désirer la science éclairant la morale dans une question où tant de points sont d'une nature scientifique, ou, si l'on veut, la morale guidant la science dans les grandes lignes de ses principes généraux ?

Quelle a donc été la décision des moralistes chrétiens ?

Le fœtus étant un véritable être humain, le fœticide est un véritable acte homicide : le fœticide tombe ainsi, même dans les circonstances critiques où la mère est supposée se trouver, et nonobstant l'intérêt qu'il y aurait à la sauver, sous la défense du droit naturel qui interdit l'homicide.

Mais l'homicide, dira-t-on, est quelquefois légitime : il l'est quelquefois d'autorité publique : il l'est aussi d'autorité privée dans le cas d'agression. Oui, mais le fœticide, lui, ne le sera jamais. On ne permettera même pas à la mère atteinte de vomissements graves ou d'éclampsie de considérer comme un injuste agresseur l'ébauche d'être qui est la cause de cet auto-intoxication gravidique dont elle va mourir et qui disparaîtra du reste avec elle : non ; et même s'il fallait voir ici un injuste agresseur, disent MM. Moureau et Lavrand, ce serait bien plutôt la mère, dont la maladie fait obstacle à la vie du fœtus.

Et les conclusions découlent, logiques, de cet inflexible principe :

« L'embryotomie sur l'enfant vivant est interdite dans tous les cas.

« L'avortement, même lorsque sa provocation est indiquée comme une dernière planche de salut pour la mère, est rigoureusement interdit.

« La laparotomie et l'extraction du fœtus vivant ou supposé tel dans le cas de grossesse extra-utérine sont interdits au même titre que l'embryotomie sur l'enfant vivant ou l'avortement provoqué ; « le fait de la grossesse ectopique ne change rien à l'application des règles morales concernant les grossesses utérines. »

Ces conclusions draconiennes, édictées au nom de la morale pure, MM. Moureau et Levrand ne se sont pas contentés de les formuler, ils ont voulu chercher à les justifier en montrant qu'elles étaient d'accord avec la science ! Ici nous pensons qu'ils ont eu absolument tort ; cet essai de justification, en effet, est tout à fait incomplet.

Pour la question de l'embryotomie sur l'enfant vivant au terme de la grossesse, par exemple, ils ne l'envisagent que dans les cas de rétrécissement pelvien et commettent le regrettable oubli de ne point parler des cas bien plus terribles de dystocie des parties molles, de ne point discuter non plus les cas où le fœtus est compromis, où il est monstrueux (hydrocéphale par exemple) mais vivant malgré tout, quoique non viable... Et en même temps qu'il pèche par omission, cet essai de justification contient des erreurs scientifiques tout à fait fâcheuses.

Toujours à propos de l'embryotomie sur fœtus vivant dans le cas de rétrécissement pelvien, citant les statistiques colligées par M. Maygrier dans le *Traité d'accouchements* de Tarnier et Budin au sujet de l'opération césarienne et portant sur 346 opérées avec 323 guérisons, soit 93 pour 100 ; citant la statistique de symphyséotomies de M. le professeur Pinard qui dans 100 cas de rachitisme a obtenu par cette intervention 88 mères guéries avec 87 enfants définitivement survivants, MM. Moureau et Levrand écrivent : « De pareils résultats obligent à conclure que l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant serait inexcusable, même au point de vue médical, puisqu'elle sacrifie tous les enfants sans sauver pour cela plus de mères. » Voilà une affirmation lancée à la légère et tout à fait erronée.

L'embryotomie pratiquée dans les cas où l'on pourrait faire la césarienne ou la symphyséotomie (ceci n'est nullement pour la défendre d'une façon ferme, mais simplement pour relever l'erreur commise), l'embryotomie dans ces conditions ne donne pas 7 ou 12 pour 100 de mortalité maternelle mais 0 pour 100 : et 7 ou 12 existences pour 100 en plus ou en moins, cela doit constituer une différence pour des moralistes comme pour des médecins !

A propos de la grossesse extra-utérine, MM. Moureau et Lavrand, voulant justifier le veto absolu qu'ils mettent à la laparotomie et l'extirpation du kyste fœtal, disent que lorsque la grossesse extra-utérine est certaine, la conduite à tenir est fort discutée entre médecins. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, disent-ils, se posent cette question dans leur *Précis d'obstétrique* : « Faut-il laisser la grossesse (extra-utérine) évoluer à travers tous les dangers qu'elle fait courir à la mère ou attendre que le fœtus succombe pour diminuer les chances d'hémorragie ? La question est discutable : en opérant tout de suite on sacrifie les quelques minces chances que le fœtus avait de vivre, on met la mère à l'abri des multiples dangers qui la menacent, mais on l'expose à des hémorragies graves qui peuvent se produire au cours de l'opération et qui sont tout à fait exceptionnelles quand le fœtus est mort ».

Cette question est bien posée en effet dans le *Précis d'obstétrique* de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, mais non pas comme le disent MM. Moureau et Lavrand, d'une façon générale pour tous les cas diagnostiqués de grossesse extra-utérine ; c'est seulement, et c'est un fait bien connu de tous, pour le cas où la grossesse ectopique est diagnostiquée tardivement, après le cinquième mois, une fois passée la période du danger des ruptures à grand fracas avec inondation péritonéale. Pour les grossesses extra-utérines diagnostiquées de façon précoce avant cinq mois, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage restent fidèles au principe formulé par leur maître, M. le professeur Pinard, et par mon maître M. Segond : toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention immédiate, d'urgence, au moins pendant les premiers mois.

Ces quelques citations montrent que l'essai fait par MM. Moureau et Lavrand de justifier leurs conclusions au nom de la science est de valeur au moins discutable.

* * *

Examinons maintenant, en dehors du principe émis au nom de la morale chrétienne, que le fœticide est un homicide qu'aucune circonstance ne peut autoriser, sur quels textes ou ordonnances de l'Eglise ses représentants s'appuient pour émettre les conclusions que nous avons dites.

Le 31 mai 1884, à la question de savoir si l'on peut, *en sûreté de doctrine*, enseigner dans les écoles catholiques qu'il est permis de pratiquer la crâniotomie, lorsque, faute de cette opération, la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'au contraire cette opération, en faisant périr l'enfant, sauverait la mère, la Sacrée-Congrégation du Saint-Office a répondu que la doctrine ci-dessus exposée ne peut être exposée en sûreté de doctrine.

Le 19 août 1889, ladite Congrégation fait la même réponse pour toute opération qui aurait pour effet direct la mort du fœtus ou celle de la mère.

Le 24 juillet 1895, consultée par un médecin qui, dans un cas de maladie indéterminée, mais paraissant due exclusivement à la grossesse, a provoqué l'avortement pour sauver la mère, et qui demande s'il peut, *en sûreté de conscience*, continuer à agir comme il l'a fait dans les circonstances ci-dessus exposées, la Congrégation a répondu non.

Enfin, le 4 mai 1898, répondant à cette question : la laparotomie est-elle licite dans le cas de grossesse extra-utérine ? la Congrégation du Saint-Office répond : en cas de nécessité urgente, on peut pratiquer la laparotomie pour extraire du sein maternel le fœtus ectopique, pourvu que l'on pourvoie *autant que possible* sérieusement et par tous les moyens indiqués dans la circonstance, à la vie du fœtus et à celle de la mère.

Voici les textes. *Y voyons-nous l'interdiction formelle de toute intervention fœticide ?* Je ne le crois pas.

Nous y voyons qu'on ne peut pas enseigner en sûreté de doctrine que le fœticide thérapeutique est permis, mais non point qu'on doit enseigner en sûreté de doctrine qu'il est défendu. Donc, me semble-t-il, l'enseignement sur ce point doit rester douteux.

Nous y voyons encore qu'on ne peut pas, en sûreté de conscience, pratiquer l'avortement lorsque la sauvegarde de la vie de la femme enceinte paraît le commander. On ne peut pas le faire en sûreté de conscience ; fort bien. Mais encore ici, c'est le doute. Et dire qu'on ne peut pas, en toute certitude d'être dans le vrai, peser un acte et dire que cet acte est formellement interdit, ce n'est point la même chose.

Enfin, au point de vue de la conduite à tenir dans le cas de grossesse extra-utérine, la réponse de la Sacrée-Congrégation du Saint-Office est loin d'être défavorable à la laparotomie. En cas de nécessité urgente, dit-elle, on peut pratiquer la laparotomie. Or, qui donc met en doute que la nécessité est urgente d'opérer une femme atteinte de grossesse extra-utérine pendant les premiers mois, alors qu'elle est continuellement exposée aux dangers de la rupture et de l'inondation péritonéale ?

En somme, les conclusions de MM. Moureau et Lavrand sont beaucoup trop absolues, de l'examen même des textes sur lesquels ils s'appuient

pour les formuler. La Sacrée-Congrégation du Saint-Office ne s'est jamais prononcée pour interdire formellement le fœticide thérapeutique; elle ne l'approuve pas comme une doctrine sûre ; elle ne le réprouve pas non plus de façon absolue comme criminel.

Voilà ce qu'il nous faut savoir et ce que nous pourrons répondre lorsque seront faites à la ligne de conduite thérapeutique, qu'en conscience nous croirons devoir adopter, des objections de la nature de celles que nous supposions en commençant.

Si, quelque jour, la Congrégation du Saint-Office, consultée à nouveau sur la question de fond du fœticide thérapeutique, déclarait qu'elle le proscrit de façon absolue et sans réserves nous aurions encore, pour rassurer au besoin la conscience timorée de malades trop promptes à sacrifier leur vie pour ce qu'elles penseraient être une question de dogme cet argument irréfutable : c'est que la Sacrée-Congrégation peut formuler des vœux, émettre des avis, donner des conseils, rendre même des décrets, mais que les uns et les autres n'obligent pas en conscience ; seule une Bulle promulguée par le Pape, chef de l'Eglise, peut avoir force de loi, seules ses décisions peuvent constituer une réelle obligation.

Il faudrait donc attendre le jour où le Pape, parlant *ex cathedra*, interviendrait pour défendre, sans restriction, le fœticide thérapeutique ; et ce jour-là n'est pas venu !

JURISPRUDENCE MEDICALE

La Communication des livres et carnets du médecin ne peut être obligatoire que dans la mesure et sous la forme qui ne portent pas atteinte au secret professionnel.

7e chambre du tribunal de la Seine, juillet 1902, présidence de M. Druon.

C'est le *Sou Médical* qui, par un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 3 janvier 1900, obtenu après plaidoirie de Me Gatineau, avait fait fixer ce point de jurisprudence en faveur d'un de ses membres. (Voir *Concours Médical*, n° 6, année 1900.)

La *Revue Médicale* du 6 août nous apprend en ces termes qu'il vient d'être fait application de cette doctrine dans une contestation entre un médecin et son client, avocat.

« Il s'agissait dans l'espèce d'une réclamation de 200 francs formée par M. le docteur T. contre M. H. avocat à la Cour d'appel, pour honoraires de visites médicales. Le juge de paix, saisi du différend, désigna le docteur Philippeau, président du Syndicat des médecins de la Seine, comme expert. A ce titre, celui-ci reçut du docteur T... les carnets et registres qu'il entendait verser aux débats comme justification de sa demande, mais ces pièces ne furent pas communiquées à M. H..., car le docteur T.., se refusa expressément de les porter à sa connaissance. Le juge de paix mit fin à ce petit conflit en ordonnant la communication rien que partielle des documents professionnels.

L'avocat interjeta appel et, hier, le tribunal, après plaidoirie de Me Georges Rocher, et de l'intéressé lui-même, M. H.., a opiné dans le même sens que le juge de paix, mais, en émettant des considérations qui méritent d'être signalées :

« Attendu que toute partie non commerçante n'est tenue de communiquer que les pièces dont elle entend se servir ;

« Attendu que le médecin n'étant pas commerçant il est d'autant moins tenu à la communication que cette communication pourrait porter atteinte au secret professionnel ;

« Que si M. H... peut prétendre à la communication des pièces, livres ou registres de T... et communiqués à l'expert nommé par le juge de paix, c'est seulement dans les conditions mises par le médecin à sa communication ;

» Que c'est donc à bon droit que le juge de paix a repoussé l'exception de communication de pièces. »

M. H..., qui avait soulevé cet incident, invoquait d'abord cet argument, « que les carnets de visite et livres de comptabilité étaient de la nature de ceux que la jurisprudence a qualifiés de papiers et registres domestiques pouvant servir de commencement de preuve par écrit », et ensuite, il soutenait, que l'article 188 du Code de procédure civile sur le droit de communication de pièces était d'application générale et ne comportait pas d'exception au profit des médecins.

REPORTAGE MÉDICAL

Les bourses Marjolin à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Marjolin a légué, par testamen en date du 1er novembre 1894, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 561 francs.

Ce revenu doit être « affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscription d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services ».

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désirent profiter du legs Marjolin, devront déposer, au secrétariat de la Faculté, avant le 1er août de chaque année, une demande (timbre de 0 fr. 60), adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et accompagnée des certificats de leurs chefs de service constatant qu'ils remplissent les conditions du legs. Ces certificats devront être revêtus du visa de MM. les directeurs des établissements auxquels les élèves sont attachés en qualité d'interne ou d'externe.

Peuvent seuls bénéficier du legs les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui prendraient régulièrement et trimestriellement leurs inscriptions, et qui seraient en cours régulier d'études. En conséquence, le legs Marjolin ne peut s'appliquer ni aux inscriptions cumulatives, ni aux incriptions rétroactives. Il ne s'applique qu'aux inscriptions à prendre et non aux inscriptions prises.

Le legs n'est attribué que pour une année scolaire ; il est renouvelable pour les années suivantes.

Congrès de Rome. — Le Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra, à Rome du 15 au 21 septembre 1902.

Le prix des cotisations est de 25 francs. Les dames et les membres des familles des Congressistes seront admis moyennant une cotisation de 10 francs.

Les chemins de fer italiens font aux Congressistes une réduction, de 50 0|0. Pour obtenir cette réduction il faut s'adresser à M. le docteur MICHELI, via Rosella, 127, Rome.

Le programme des fêtes sera publié sous peu.

Un voyage en Sicile est projeté, mais n'est pas encore décidé.

Pour tous renseignements, on peut s'adresser à M. le docteur JAYLE, 232, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe, secrétaire du Congrès pour la France.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'enseignement dans les Facultés de médecine.

Analyse des réponses des membres du Concours *au questionnaire du professeur Mayet (de Lyon).*

Par M. le Dr GOUFFIER, de Neuilly.

L'enquête sur l'encombrement médical, si patiemment poursuivie par ce journal, a établi qu'une des causes importantes de cet encombrement résidait dans l'organisation actuelle de l'enseignement dans nos Facultés. Mais, sur ce point spécial, nous ne pouvions guère, modestes praticiens, qu'exprimer nos doléances et souhaiter qu'une voix plus autorisée apporte à nos critiques l'appui de sa compétence et proclame les modifications nécessaires. Cette voix, M. le Professeur Mayet l'a fait entendre ; le *Concours* du 10 mai dernier a publié un questionnaire rédigé par le distingué maître lyonnais et sollicité les réponses de ses lecteurs. Celles-ci ne se sont pas fait attendre. Les amis de ce journal ne se lassent pas de montrer l'intérêt qu'ils portent à tout ce qui touche à leur profession. Pendant leurs courses solitaires, dans le calme de la campagne, si favorable aux méditations fécondes, ils ont longuement pensé aux questions soumises à leur examen et, le soir, le labeur quotidien accompli, ils ont jeté sur le papier, à notre adresse, les résultats de leurs réflexions et les réponses de leur expérience. Ce sont celles-ci, que, scrutateur fidèle, je vais maintenant résumer.

Sur quelques-unes des questions de M. le professeur Mayet, l'accord de nos correspondants est unanime et il paraît inutile de s'attarder à leur discussion (1). Quel est le praticien consciencieux et franc qui, dès le début de son exercice, n'a pas parfois senti le besoin d'un bagage clinique plus complet et regretté son insuffisan-

(1) 5° N'est-il pas nécessaire d'obliger strictement les élèves à faire de la clinique dès le début et pendant toute la durée des études, cinq ans, au lieu des trois années prescrites actuellement, de leur imposer au moins neuf mois complets de stage par an, et de les obliger au stage pour les spécialités (ophtalmologie, syphiligraphie et dermatologie) avec examen particulier ?

6° N'y a-t-il pas utilité, nécessité même, dans toutes les villes, sièges d'Écoles ou de Facultés, où le nombre des malades hospitalisés le permet, à adjoindre un service d'hôpital aux cours de pathologie interne, pathologie externe, pathologie générale, anatomie pathologique et thérapeutique pour application des démonstrations sur le malade à ces enseignements divers ?

9° Comme complément de la mesure précédente et alors même qu'elle ne serait pas adoptée, n'est-il pas indispensable, pour assurer le travail régulier et l'assiduité aux cours, de rétablir les examens de fin d'année avec deux sessions, une en juillet et une en octobre, et nécessité pour les ajournés à cette dernière de redoubler l'année scolaire écoulée ?

12° N'est-il pas indispensable de rendre beaucoup plus sérieuses les épreuves du cinquième examen et d'étudier les moyens pratiques d'éviter que les candidats connaissent d'avance le diagnostic porté sur les malades qu'ils auront à examiner ?

N'y aurait-il pas lieu d'accroître, en cas de nouvel échec, le délai d'ajournement à cet examen, actuellement de six semaines ?

ce en quelque matière spéciale, ophtalmologie, laryngologie, dermatologie, par exemple ?

Toute réforme qui assurerait l'enseignement clinique dès le début et pendant toute la durée des études, qui organiserait l'enseignement obligatoire des spécialités, qui ferait cesser le divorce actuel de la pratique et de la théorie en adjoignant un service d'hôpital aux cours de pathologie, de thérapeutique, d'anatomie pathologique aura donc, on peut en être assuré, l'adhésion de tout le corps médical (1).

A ces études cliniques ainsi généralisées, une sanction sérieuse est nécessaire et l'on peut, sans nourrir de noirs desseins contre les étudiants de demain, réclamer, pour apprécier leurs connaissances, un critérium moins fantaisiste que le 5e examen actuel. Celui-ci n'est, aujourd'hui, la plupart du temps, qu'une formalité ridicule ; tout candidat peut, s'il en sent le besoin, se procurer à l'avance le diagnostic du malade qu'il aura à examiner. Serait-ce trop, pour mettre fin à cet abus, de demander le tirage au sort par les candidats, de l'hôpital où ils auront, une heure après, à passer leurs épreuves ?

De même que les précédentes, les questions nos 4 et 14 n'ont pas fait surgir d'objections sérieuses. La première demande que la scolarité médicale soit augmentée et portée à 6 ans, P C N compris. L'utilité de cette prolongation apparait évidente. Le développement considérable de certaines branches de la médecine, hier encore embryonnaires, la justifie. La microbiologie est science nouvelle ; la dermatologie, la laryngologie, la syphiligraphie, l'électrothérapie, etc., augmentent de jour en jour leurs acquisitions.

A leur domaine élargi, il ne suffit plus de quelques chapitres secondaires dans les traités de pathologie générale ; elles font craquer ce cadre étroit qui leur a longtemps suffi ; elles deviennent des sciences complètes et réclament leur autonomie. Pour en acquérir les notions nécessaires, il faut à l'étudiant un surcroît de temps et l'année qu'on réclame paraîtra courte à celui qui voudra s'assimiler des connaissances dont il sentira dans sa pratique tout le prix.

La 14e question a trait à l'encombrement des étudiants à Paris. Sur les méfaits de cet encombrement, pas de voix discordante ; l'accord cesse sur les moyens d'y obvier. Abstraction faite de quelques confrères qui estiment la décongestion de la Faculté parisienne au-dessus des ressources de leur thérapeutique, l'ensemble des réponses qui nous sont parvenues préconise l'une ou l'autre des deux solutions suivantes : ou bien limiter le nombre des étudiants parisiens et les recruter au choix par un concours ; ou bien n'admettre aux premières inscriptions à Paris que les jeunes gens ayant fait leurs études dans la Seine et certains départements limitrophes à déterminer. Ce dernier système préside au recrutement des écoles d'Arts et Métiers : il nous semble préférable et joindrait à l'avantage de donner de l'air à la Faculté de Paris celui d'infuser un peu de vie aux écoles préparatoires ou de plein exercice actuellement languissantes. Ce serait de la bonne décentralisation et la campagne placée sur ce terrain ne se heurterait sans doute pas à l'opposition irréductible des pouvoirs publics.

Nous en aurons fini avec les réponses sur les-

(1) Il ne s'ensuit pas qu'il faille sacrifier l'enseignement dogmatique ; il a, lui aussi, ses raisons d'être et nos Facultés ne sauraient, sans se diminuer, abandonner leur enseignement didactique où s'illustrèrent tant de maîtres. Le cours professé *ex cathedra* doit subsister, il n'y a qu'à le maintenir tel qu'il existe actuellement, c'est-à-dire libre. Mais il faut y adjoindre un enseignement obligatoire pour lequel les cadres sont prêts dès maintenant (agrégés, prosecteurs, etc.)

FEUILLETON

Pitié pour les moribonds.

Je me rallie complètement au sentiment généreux qui a poussé Paul Adam à écrire un article plein de pitié en faveur des agonisants, auxquels on porte un coup terrible, en les prévenant, même avec les plus grands ménagements, que leur dernière heure est proche et qu'ils n'ont pas de temps à perdre pour prendre leurs dispositions, avant d'entreprendre le grand voyage, dont on ne revient pas.

Que ce soit au nom de la religion que le conseil est donné ou, ce qui est beaucoup plus triste, que ce soit pour sauvegarder de vulgaires intérêts, le contre-coup en est certainement fort pénible pour mes protégés. La plupart veulent espérer contre toute espérance et c'est hâter leur fin que de leur enlever cette illusion suprême.

Il y a dans la corporation, je ne l'ignore pas, un petit nombre de médecins, chez lesquels les préoccupations religieuses l'emportent sur la pitié. Ils se croient obligés, en conscience, sous prétexte de sauver les âmes, d'obéir aux exigences cruelles de leur foi et de prodiguer les avertissements lugubres, même aux malades qui jusque-là n'ont eu aucun souci de leur lendemain, qui ont même affecté de ne pas pratiquer et de ne faire ostensiblement partie d'aucune confession.

Dans ce dernier cas, il me semble bien que c'est de la cruauté inutile de faire appeler un prêtre, de parler de sacrements, d'accroître l'angoisse et les terreurs de pauvres diables qui ne demandent qu'à s'éteindre en paix, sans avoir à se préoccuper *in extremis* des problèmes toujours troublants de l'au-delà.

Faisons la part des considérations pieuses, je le veux bien, pour les rares confrères catalogués comme cléricaux ; qu'ils agissent à leur guise et sous leur responsabilité ; quant aux autres médecins, ils n'ont qu'à ne pas porter atteinte à la confiance de leurs clients, qu'à laisser à la parenté le soin de s'immiscer dans les façons de voir de leur proche, de violenter sa raison, de lui insinuer un mot d'ordre, une consigne : « Esculape, a dit mon philosophe, doit toujours cacher l'imminence de la fin à ceux qu'il soigne, sauf dans le cas où il est assuré de leur dévotion coutumière. En plongeant l'agonisant dans la torpeur, la nature elle-même nous engage à l'imiter. La tâche humanitaire du médecin consiste donc à faire naître et durer cette somnolence, à entretenir au chevet du malade un repos favorable, propre à voiler les signes annonciateurs ».

« On a beau ne pas redouter la mort, la lutte entre l'instinct de conservation et les derniers assauts du mal demeurera toujours un drame horrible. L'homme de courage réussira bien à cacher son angoisse, et à faire prédominer extérieurement la sagesse qui se résigne aux Lois sur les terreurs animales de ses nerfs, de ses muscles, de ses organes, de tout son être réflexe. Ce triomphe ne sera qu'apparent. Au

quelles l'accord semble unanime en disant que les médecins semblent en majorité favorables au changement de la date des vacances (1). Cette question à notre avis est secondaire ; elle ne demande peut-être pas une solution uniforme pour toutes les Facultés ; le climat, la chasse, les vendanges, pourraient la faire varier suivant les diverses régions.

Les autres points de l'enquête furent plus controversés que les précédents. Cependant, il s'est encore trouvé une grosse majorité pour répondre affirmativement à la question n° 1 qui touche à la composition du programme du PCN. La création de cet enseignement spécial, placé comme une introduction au seuil des études réellement médicales, a été accueillie avec grande faveur par les membres du Concours. Un seul s'insurge contre elle ; tous les autres en proclament la nécessité, tout en souhaitant pour la plupart quelques modifications dans l'emploi de cette année préparatoire. Certes, il ne s'agit pas de restreindre la culture scientifique générale du médecin ; on veut seulement qu'elle ne s'écarte pas trop de sa fin naturelle, qui est l'exercice médical. Or, pour celui-ci, la dissection du système nerveux de la sangsue ou de l'escargot n'apparaît pas d'un intérêt très immédiat. On pourrait avec fruit retrancher du programme actuel toutes les parties de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle, qui n'ont pas d'applications strictement médicales et les remplacer par les premières notions de l'anatomie, de la physiologie ou de la pharmacologie.

Ce désir, cette aspiration vers un enseignement essentiellement pratique, est une des caractéristiques de l'enquête. C'est que chacun de nous a fait l'expérience de l'insuffisance et des lacunes d'une instruction trop exclusivement théorique. Dès notre premier contact avec la clientèle, au chevet de nos premiers malades, l'évidence s'impose de l'inutilité relative d'une partie des connaissances que nous avons acquises sur la foi de programmes où elles occupent une trop large place. Qui ne se souvient, parmi nous, de ces longues heures de travaux, ironiquement qualifiés de pratiques, où nous manipulions le chlore, préparions l'azote, distinguions les inflorescences variées des innombrables familles botaniques ? Et même dans les travaux pratiques d'utilité indiscutable, il semble qu'on pourrait répartir avec plus de profit les exercices et insister plus longuement sur ceux d'utilité journalière. En médecine opératoire, par exemple, les opérations d'urgence, telles que la hernie étranglée ou la trachéotomie, ne devraient-elles pas être répétées avec plus d'insistance que l'extirpation du ganglion de Gasser ou les hystérectomies.

La question de M. Mayet, qui prévoit une réorganisation des travaux pratiques (1) dans ce sens arrive à son heure et emportera l'adhésion des praticiens.

Venons-en maintenant aux questions 7 et 8 qui touchent à la distribution des examens pendant le cours de la scolarité. Deux solutions sont en présence. L'une, acceptée depuis une vingtaine d'années, série les examens et les sème un à un entre les inscriptions et après elles ; elle fut adoptée dans le but d'obliger l'étudiant à un travail soutenu pendant toutes ses études et elle a certainement l'avantage de ne pas lui permettre d'oublier en un long farniente des sanctions trop lointaines. L'autre, qui est, croyons-nous, la solution des écoles allemandes et que nos anciens ont pu jadis apprécier, con-

(1) Question n° 13.

(1) Question n° 11.

---

fond de l'être, la tragédie se jouera, sans miséricorde. La santé de la raison n'entraîne pas celle de l'âme instinctive. Celle-ci n'accepte jamais passivement la menace d'être anéantie.

« Donc il importe de ne pas se leurrer sur ce que valent les forfanteries de la plupart, ou le sang-froid réel de quelques-uns. Si mauvais et piteux qu'ait paru le jeu de vivre à chacun, il nous épouvante de le cesser. En tous cas, notre sensibilité se défend, proteste, se crispe et résiste. Il s'agit de l'endormir, et de la tromper. Je crois que le médecin n'a point de meilleur devoir quand la mort lui semble près de blêmir définitivement ses malades.

« Parfois on indique le péril à celui qui doit être frappé au bout de quelques mois dans l'intention de le contraindre à multiplier les soins prescrits. Craignant de périr dans l'année, un tuberculeux observera méticuleusement les rigueurs d'un régime qu'il négligerait au bout de quinze jours, si la peur n'éperonnait point sa vigilance. Alors l'avertissement est une sorte de remède psychologique, souvent efficace. Effrayant son homme, le docteur le force à se guérir, ou du moins à prolonger, par des soins excessifs, une existence que la moindre faute abrégerait.

« Voilà donc, après le motif religieux, un second pour souffrir des exceptions à la règle de pitié qui ne permettra plus de révéler au moribond sa fin probable. Hors ces deux cas, il ne paraît point que d'autres infractions puissent être excusées.

« Cependant, beaucoup de praticiens s'adressent aux intimes et leur tiennent ce langage : « Si votre malade a des affaires à régler, s'il veut dicter son testament, il serait bon qu'il ne tardât plus. » Et, sur cet avis, quelqu'un de la famille accomplit la mauvaise action. Il livre aux angoisses le parent près de sa fin. La cupidité inspire le crime. Or, dans presque toutes les conjonctures, cette abomination est inutile. Très soigneusement, la loi règle les détails de l'héritage. Il suffit de laisser au Code le soin de partager, sans imposer à l'agonisant un supplice affreux pour l'avantage matériel de la descendance. En vérité, le médecin n'a rien à voir dans cette affaire. L'Etat sait pourvoir aux répartitions posthumes. Pour intéressante qu'elle soit, nulle question financière ne vaut de géhenner les heures d'une existence, en évoquant tous les spectres de l'effroi, au milieu des douleurs physiques. Non, le médecin ne doit jamais, en principe, avertir de la mort son malade, même si celui-ci désire savoir. A peine est-il permis de laisser comprendre à l'entourage la proximité du malheur. »

Bien qu'ayant l'horreur du mensonge, sous toutes les formes, il m'est arrivé plus d'une fois, par humanité, de former des projets d'avenir, de parler de la nécessité d'une nouvelle cure thermale pour l'année suivante, avec des personnes qui étaient virtuellement condamnées et je suis tout prêt à recommencer, chaque fois que l'occasion s'en présentera, au lieu de semer l'alarme autour de moi et de souffler le deuil sur une existence déjà compromise.

C'est un sentiment analogue qui empêche certains chefs de service de porter un diagnostic précis sur les pancartes des hospitalisés ; ils ne parlent qu'avec circonspection de certains pronostics. Il n'y a que trop d'imprudences commises à ce

siste à faire passer tous les examens à la fin de la scolarité ; elle impose au jeune docteur à la veille de quitter l'école une révision générale de tous les éléments de son instruction professionnelle. Entre ces deux systèmes, les avis flottent sans se fixer et M. Mayet ne trouvera pas dans notre referendum prétexte à affermir une préférence.

Un compromis pourrait peut-être intervenir et concilier la majorité des suffrages. Il consisterait à conserver le système actuel et à le compléter par l'adjonction, en fin d'études, d'une épreuve récapitulative. Ce serait, il est vrai, un nouvel obstacle à l'obtention du doctorat, mais ce ne sont pas les praticiens qui s'en plaindraient.

Cet examen d'ensemble devrait-il remplacer la thèse, dont le maintien fait l'objet de la dixième question. Personnellement, je ne le pense pas et je penche pour la conservation de l'antique cérémonie. Cette opinion est celle d'une bonne moitié de nos correspondants ; elle n'est pas seulement fondée sur un certain amour de la tradition et du décorum ; elle s'établit aussi sur des considérations d'utilité.

Je sais bien tout ce qu'on reproche à la thèse. Elle n'est trop souvent qu'une œuvre insignifiante, compilation hâtive ou superfétation fastidieuse ; trop souvent aussi, elle n'a de valeur que pour celui qui la confectionne et la livre, moyennant finances, à la signature de l'impétrant. Ce sont là, c'est indiscutable, des tares qui disqualifient la thèse et justifieraient sa suppression s'il n'était pas facile de les faire disparaître. M. le professeur Pinard, en ne donnant des sujets de thèse qu'à ceux de ses élèves qui s'engagent à y consacrer six mois de travail, a indiqué le remède. Que les professeurs l'emploient, qu'ils n'autorisent plus, sans les lire, l'impression de travaux sans intérêt ni valeur d'aucune sorte et ils ne tarderont pas à voir se produire des thèses plus dignes de leur enseignement et de nos Facultés. Cela ne vaudrait-il pas mieux que la suppression brutale d'une institution qui, bien réglée, offrirait au moins l'avantage d'apprendre au médecin à creuser, à développer et à exposer une question scientifique ? Quant au projet de ne maintenir l'obligation de la thèse que pour les docteurs qui se destinent à l'enseignement ou aux recherches scientifiques, il aurait l'inconvénient de créer un nouveau grade dans la hiérarchie médicale ; il y aurait des docteurs à thèse écrasant d'un beau dédain leurs confrères docteurs tout court. A peine disparus, les officiers de santé renaîtraient sous une nouvelle enseigne. Est-ce à désirer et n'y a-t-il pas déjà assez de boutons de cristal pour différencier nos modernes mandarins ?

Restent les questions nos 2 et 3 ; elles sont importantes puisqu'elles cherchent les termes de la règlementation susceptible de porter remède à l'encombrement de la profession. Le moyen qu'elles proposent semble radical : c'est l'élimination définitive de tout étudiant qui, refusé en juillet à l'examen du P. C. N., n'obtiendra en novembre que la note *médiocre* ou *passable* à ce même examen. Le procédé est simple, net, il tranche la difficulté comme un coup de hache. Certains confrères, séduits par sa simplicité, l'approuvent avec enthousiasme, alors que d'autres se récrient devant sa brutalité et le trouvent draconien. A notre sens il serait loin d'avoir l'efficacité qu'un examen superficiel incite à lui concéder. Adopté il entraînerait les mêmes effets que la fixation de la limite d'âge par la loi militaire a déterminés. Il déciderait fatalement les professeurs à une indulgence excessive et, allant à l'encontre de son but, il provoquerait un nouvel abaissement du niveau des études. Au moment

---

point de vue ; car il suffit d'un rien, d'un geste, d'un mot, pour renseigner le patient sur la destinée qui lui est réservée, sur le péril qui le menace, dans un avenir plus ou moins prochain.

Les pauvres tuberculeux, les cancéreux et nombre d'autres victimes, dont les jours sont comptés, seraient encore plus à plaindre, s'ils ne s'attendaient pas à un sursis, à une prolongation de la fatale échéance. Des cœurs aimants s'attachent à leur en donner l'assurance, à les bercer avec des paroles d'encouragement, et il ne saurait nous convenir de détruire en un instant un échafaudage si laborieusement élevé. La déclaration des maladies obligatoires comportera toujours des lacunes, à cause de cela ; si les prescriptions officielles manquent de bonté, c'est à nous d'y suppléer dans la mesure du possible. On peut donner des garanties à l'entourage, sans désespérer la victime, et l'application du précepte exquis « faites pour les autres ce que vous voudriez qu'on fît pour vous-mêmes » me semble ici tout indiquée.

J'ai lu, il y a bien longtemps déjà, le récit de la touchante sollicitude d'une mère, qui, à l'automne, faisait enlever méticuleusement les feuilles mortes du parc, pour en imposer à sa fille poitrinaire. Elle dissimulait ses tourments intimes pour insuffler un peu de confiance à l'enfant bien-aimée et nul ne pourrait dire que cette supercherie ne contribua pas en effet à prolonger les jours de la fillette.

La mère pouvait bien pleurer en cachette, mais il n'y paraissait plus et elle parvenait même à sourire, lorsque la diplomatie l'exigeait.

En opposition avec ce qui précède, il est impossible de ne pas être frappé de la désinvolture avec laquelle certains journaux parlent des états pathologiques des plus hauts personnages. On connaît les indiscrétions qui furent commises à l'époque de la mort des deux derniers empereurs de Russie et d'Allemagne. Le même manège recommença à propos d'Edouard VII. Sans détour et sans ménagement aucun, les cliniques anglaises continuèrent à insinuer que le roi est atteint d'un mal qui ne pardonne pas. Il ne fut question que de cancer dans les gazettes londoniennes et si l'ancien prince de Galles avait encore des illusions sur son état, il aurait vraiment eu lieu de s'alarmer, en face de tout cet étalage scientifique.

Je suppose qu'il doit regretter parfois l'époque où il était moins en vedette, où il pouvait, comme un simple bourgeois, suivre ses goûts et mener joyeuse vie, sans voir ses faits et gestes fâcheusement commentés.

Plaignons les rois, a dit quelque part Jules Lemaître, « ils n'ont qu'une vision du monde arrangée, et les choses ne sont pas sincères pour eux ».

Ceci démontre, contrairement à l'opinion de Bossuet, qu'il n'y a pas seulement que Celui qui règne dans les cieux et de qui relèvent tous les empires, qui soit capable de faire la loi aux rois et de leur donner de grandes et terribles leçons.

Dr Grellety (de Vichy).

---

de donner une note qui briserait la carrière déjà commencée d'un jeune homme de vingt ans, qui en ferait un raté devant lequel toutes les portes professionnelles se fermeraient, l'examinateur sentirait sa sévérité mollir, il fuirait une responsabilité lourde à porter, il se refuserait à causer le désespoir d'une famille, il hésiterait à ruiner un avenir sur quelques mauvaises réponses (dues peut-être à la malchance où à la mauvaise dispo-tion) et finalement, relevant la note méritée mais fatale, il ouvrirait au candidat insuffisant l'asile de la Faculté pour ne pas en faire une épave sociale qui flotterait désemparée vers on ne sait quelles destinées. Somme toute, l'obstacle d'aspect terrible, théoriquement élevé pour faire buter et mettre hors course tous ceux qui l'aborderaient sans qualité suffisante et entraînement sérieux, serait vite transformé en une insignifiante barrière que la compassion naturelle des juges abaisserait au niveau des candidats les plus débiles, des vocations les moins décidées.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire et qu'il faille laisser les élèves d'insuffisance notoire continuer sans efforts la route trop facile qui les mène vers un doctorat accessible à quiconque veut en tenter la conquête ? Là n'est pas notre pensée et nous sommes partisan décidé d'une sélection qui s'impose ; mais celle-ci ne sera efficace qu'à la condition d'être faite avant la Faculté et non chez elle. Il est plus logique et plus facile d'interdire aux incapables de franchir la porte de l'Ecole de Médecine que de les mettre dehors une fois qu'on leur en a laissé passer le seuil. La mesure vers l'obtention de laquelle doivent tendre les efforts concentrés de tous ceux qui veulent le relèvement du prestige de notre profession, c'est la limitation du nombre des étudiants. Elle seule peut supprimer l'encombrement dont tout le monde souffre, malades et médecins. Elle sauvegarde aussi les divers intérêts en présence. Le public saura que le médecin qu'il appelle a acquis une instruction solide et qu'il peut, sans arrière-pensée, lui confier le soin de sa santé. Le médecin pourra se donner tout entier à une profession qui assurera à lui et aux siens une aisance convenable. Les jeunes gens eux-mêmes qui ne pourront entrer à la Faculté pourront tourner leur activité vers d'autres carrières qui ne les accueilleraient plus si, au lieu d'avoir 18 ans, ils en avaient 25. Enfin la limitation ferait cesser ce choquant état de choses d'un gouvernement donnant aux boursiers qu'il a en quelque sorte adoptés et dont il est responsable, un diplôme qui trop souvent ne peut leur assurer l'existence.

En résumé, la consultation que le *Concours* a demandée à ses lecteurs n'a pas été stérile. Elle a montré que les médecins étaient en grande majorité acquis à toute réforme qui aurait pour but de :

Modifier dans un sens pratique et médical le programme actuel du P. C. N ;

Généraliser l'enseignement clinique et l'imposer dès le début et durant tout le cours des études ;

Organiser l'enseignement obligatoire des spécialités reconnues nécessaires ;

Réorganiser les travaux pratiques ;

Prolonger d'une année la durée des études devenue insuffisante ;

Surveiller les examens et en particulier les 5mes de façon à ce que ces épreuves soient sérieuses et à l'abri de la fraude ;

Obtenir, si possible, la limitation du nombre des étudiants, remède héroïque de l'encombrement médical.

Somme toute, les praticiens demandent aux Facultés de donner à leurs étudiants une instruction solide, essentiellement pratique, de leur apprendre toutes les ressources de leur art, de les munir d'un viatique mieux équilibré, dans lequel la théorie ne prendra pas une place trop prépondérante, d'en faire en un mot des médecins complets et capables de rendre à leurs malades tous les services qu'une science de jour en jour plus étendue met à leur disposition.

Dr G. Gouffier.

LA SEMAINE MÉDICALE

Désinfection pratique du linge contaminé.

Dans son ouvrage sur la *Désinfection*, M. Vallin conseille d'agir comme il suit en cas d'épidémie, ou pour certaines maladies contagieuses :

« A la porte de la salle, on place un réservoir (baquet ou tonneau) rempli d'une des solutions désinfectantes ci-dessous :

Chlorure de chaux...	1 kilo, eau 300 litres.
Chlorure de zinc...	2 à 10 gr. par litre.
Acide phénique....	2 à 10 gr. par litre.
Sulfate de zinc....	2 à 10 gr. par litre.
Acétate d'alumine...	2 gr. par litre.

« On y plonge, au moment même, où on les éloigne du malade, les draps, le linge de corps qu'il vient de souiller. »

Dans sa thèse, M. le Dr Dardeau a étudié expérimentalement la plupart des substances antiseptiques pouvant être employées en pareil cas et a recherché leur puissance bactéricide. Parmi celles-ci, la crésyline paraît une des plus avantageuses ; c'est celle qu'on emploie à l'Hôpital Pasteur de la manière suivante :

Dans chaque chambre de malade, se trouvent des cylindres en tôle galvanisée de 0 m. 50 de haut et de 0 m. 40 de diamètre, d'une contenance de 60 litres et se fermant hermétiquement.

Tous les linges sont jetés dans ces cylindres, descendus souvent à la désinfection.

A l'ouverture du cylindre, l'employé chargé du service arrose le contenu de crésyline à 2 p. 100 ; le cylindre est alors renversé et il est procédé au triage. Les ordures ménagères, jetées par mégarde, sont séparées, pour être brûlées dans les foyers du générateur.

Le linge, les couvertures de laine, les peignoirs de flanelle, sont plongés dans la solution de crésyline à 2 %, pour y séjourner 24 heures. Au bout de ce temps, le linge est porté directement à la machine à laver.

Le bon marché de la crésyline (0,30 cent. le litre) son efficacité réelle en fait une substance avantageuse. Avec elle, les meilleurs désinfectants du linge sont :

1° Les savons et le carbonate de soude, dans la proportion de 5 pour 100 à la température de 50° pendant au moins 1 heure ;

2° L'acide phénique, le crésyl, dans la propor-

tion de 2 pour 100, agissant à froid pendant 24 heures.

Rhumatisme tuberculeux.

M. le professeur *Poncet*, de Lyon, fait en ce moment de nombreuses études sur le rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire et ses recherches l'ont amené à conclure à l'existence bien incontestable de ce rhumatisme.

L'un et l'autre appartiennent à la classe des rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Les manifestations du rhumatisme abarticulaire : cardiopathies, méningopathies, dermatoses, névralgies, polynévrites, etc., offrent, entre autres particularités, celles :

1° De survenir dans le cours du rhumatisme articulaire tuberculeux, mais aussi, en dehors de toute arthropathie présente ou passée.

2° De représenter souvent des formes atténuées, rhumatismales, de la tuberculose, caractérisées cliniquement, par leur mobilité, leur moindre gravité, etc., enfin, par leur curabilité plus facile.

3° De provoquer du côté des organes atteints, des lésions allant depuis la simple fluxion, jusqu'à la sclérose incurable. Ces lésions n'ont, la plupart du temps, rien de tuberculeux, au sens anatomique de ce mot ; elles ne se différencient pas, comme produits réactionnels, des altérations produites par d'autres maladies infectieuses.

4° D'être dues, soit au bacille de Koch (*tuberculides bacillaires*), soit à ses toxines (*toxi-tuberculides*).

Narcisse des prés et cereus grandiflora

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr *Huchard* attire l'attention sur deux médicaments : le *Narcisse des prés*, et le *Cereus* (ou *Cactus*) *grandiflora*.

Le *Narcisse des prés*, autrefois assez usité, mais oublié maintenant, constitue cependant un bon médicament qu'on peut employer comme vomitif, surtout chez les enfants. On le donne en infusion à la dose de 3 grammes chez les enfants et de 5 grammes chez les adultes.

Fleurs de Narcisse des prés.	3 grammes
Eau........................	250 grammes

Laisser infuser 20 minutes et administrer à chaud.

Le *Cereus* (ou *Cactus*) *grandiflora*, dont l'action thérapeutique a été étudiée surtout en Amérique par O'Hara (dès 1883), Aulde, Engestadt, Myers, etc., et en France (en 1891) par Boinet et Boy-Teissier, peut être employé dans une certaine mesure, comme succédané de la digitale, sous diverses formes : extrait fluide, à la dose de 20 à 60 gouttes par jour ; teinture à la dose de 50 à 100 gouttes par jour ; extrait hydro-alcoolique, en pilules de 0,05 centigrammes (3 ou 4 par jour). Ces doses peuvent encore être augmentées sans danger, puisque le *Cereus grandiflora* est peu toxique, et qu'on a pu arriver sans inconvénient à la dose de 80 à 120 gouttes de teinture, comme l'indique M. Huchard dans son étude des médicaments cardiaques (*Thérapeutique appliquée de Robin*, 1895, fasc. X). Son principe actif, la cactine, est un produit mal défini et presque introuvable (1 à 10 milligr. par jour).

C'est surtout dans les troubles fonctionnels du cœur, l'atonie cardiaque, les palpitations, les douleurs, etc., que le *Cereus* trouve son utilité, à titre de stimulant et de régulateur du cœur. Il donne aussi de bons résultats dans le goitre exophtalmique et les pseudo-angines de poitrine. Mais, il n'a aucune action sur les hydropisies ou sur les congestions viscérales d'origine cardiaque, il est d'une efficacité douteuse contre l'asystolie et ses conséquences. La digitale, qui reste le merveilleux remède des cardiopathies mal compensées, lui est donc très supérieure, et on ne saurait assez dire qu'elle ne peut être remplacée dans ces cas par aucun de ses trop nombreux succédanés.

L'agurine.

M. le Dr *Solacolu* a consacré sa thèse à l'étude d'un nouveau diurétique, qui semble réunir de sérieux avantages. C'est un sel double de théobromine sodée et d'acétate de sodium dénommé agurine. Une molécule d'agurine contient 60 p. 100 de théobromine facilement soluble. La présence de l'acétate de soude dans l'agurine diminuerait d'environ 75 p. 100 la causticité de la théobromine sodée. L'auteur donne une série d'observations prises dans le service du professeur Lancereaux à l'hôpital du Perpétuel Secours qui démontrent l'action de ce médicament sur la diurèse. La plus forte augmentation d'urine aurait été obtenue dans les cas d'artério-sclérose cardiaque et rénale. Le médicament a été administré soit en cachets, soit en potion ou en lavements. La tolérance a été parfaite et l'administration d'agurine a pu être prolongée pendant plusieurs semaines sans inconvénient pour le malade. En résumé, l'agurine semble réunir les propriétés de la théobromine, sa base, sans en avoir les inconvénients.

La maladie de Thomsen.

Maladie peu commune décrite, pour la première fois par Thomsen qui lui-même en était atteint. C'est une sorte de crampe qui n'existe qu'à l'origine du mouvement, c'est « *un spasme au début des mouvements volontaires* ». Après avoir éprouvé un instant une impossibilité complète à réaliser certains mouvements, le malade arrive à les ébaucher d'abord péniblement et finit par les exécuter de plus en plus facilement.

Cette maladie est encore parfois désignée sous le nom de « myotonie congénitale » à tort d'après l'auteur, car ce nom répond mal à la nature de la maladie qui, du reste, ne paraît pas nécessairement congénitale.

La chaleur atténue cette maladie, le froid l'exagère, le repos est favorable et les émotions ont une influence fâcheuse.

Une particularité à signaler, c'est l'hypertrophie musculaire, qui est presque constante. Chez ces malades, l'irritabilité musculaire est exagérée au suprême degré.

Les réactions électriques sont aussi modifiées.

L'hérédité semble jouer un certain rôle : on

note chez ces malades des antécédents névropathiques dissemblables ou similaires.

La nature de la maladie est encore fort discutée. La théorie qui attribue la maladie de Thomsen à une déviation de la nutrition du muscle paraît à M. G. Ballet la plus satisfaisante.

Le traitement est encore plus incertain ; les médecins russes disent beaucoup de bien dans ce cas du massage. On peut essayer aussi le repos, la chaleur du lit, l'iodure de potassium et les courants de haute fréquence. (*Revue de Cinésie*).

Moyen de discerner le bacille d'Eberth du bacterium coli.

D'après MM. Grünbaum et Hume, *in British med. Journ.*, en employant un milieu composé de la façon suivante :

Agar..............	2 grammes.
Peptone............	—
Eau..............	100 c. c.

rendu alcalin par addition de NaOH filtré et stérilisé, additionné de :

Taurocholate (de bile de bœuf)..........	5 centigr.
Lactose.............	1 gramme.
Solution de rouge neutre à 50 %....	1 c. c.

les auteurs ont cultivé du *Bactrium coli* et du bacille typhique. Seul le *Bacterium coli* donne des colonies rouges et produit un trouble, toutes les formes analogues (bacille typhique, bacille paracôlon) sont transparentes et colorent le milieu en ambre et en orange.

Traitement du rhumatisme noueux.

Dans une récente thèse analysée par la *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, M. *le Dr Lecoconnier* passe en revue les différentes médications applicables au traitement du rhumatisme noueux.

« Il faut citer d'abord, dit-il, deux médications qui paraissent jouir d'une réelle efficacité :

« La première consiste dans l'emploi de la teinture d'iode. Si l'estomac du malade la supporte, on est assuré du succès. On commence par III, IV et V gouttes du mélange suivant dans un verre d'eau au moment des trois repas :

Teinture d'iode......	25 grammes.
Iodure de potassium..	5 —

« Et l'on augmente d'une goutte par jour jusqu'au chiffre de X gouttes chaque fois. Cela fait un total de XXX gouttes par jour. On continue un mois. La teinture d'iode semble agir avec plus d'efficacité que l'iodure de potassium. Si elle n'était pas tolérée, — ce qui arrive assez rarement quand on commence à faibles doses et que le malade n'est pas un dyspeptique, — on la remplacerait par l'iodure de potassium qu'on pourrait associer à l'arséniate de soude :

Arséniate de soude......	0 gr. 05
Iodure de potassium,...	8 grammes.
Eau distillée...........	300 —

Une cuillerée avant déjeuner et dîner.

« Ce traitement est continué un mois. Les quinze jours suivants, on administre des strychniques ou les glycérophosphates comme toniques, car les malades sont souvent affaiblis et anémiés :

Teinture chardon bénit.....		10 grammes.
— fèves Saint-Ignace	*ââ*	5 —
— de noix vomique..		

VIII gouttes avant déjeuner et dîner dans un peu d'eau.

Sulfate de strychnine.......	0 gr. 02
Brucine....................	0 gr. 01
Sirop de menthe............	100 grammes.
Eau distillée...............	200 —

Une cuillerée à déjeuner et à dîner.

« Les glycérophosphates seront alternés avec les strychniques :

Glycérophosphate de chaux..	0 gr. 30
— — magnésie.	0 gr. 15

Pour un cachet. F. cachet n° 30. Un avant les repas.

« Au bout de quinze jours de cette médication, on revient à la teinture d'iode pendant un mois.

A côté de la teinture d'iode, la médication la plus active consiste dans l'emploi des bains de sable. Deux baquets de sable sont chauffés au four : quand le sable sera refroidi aux environs de 50 degrés, le malade y plongera ses mains et ses pieds pendant vingt minutes, matin et soir.

« A la sortie, il pratiquera un massage sur les articulations douloureuses avec la pommade suivante :

Vaseline....................	*ââ*	20 grammes
Lanoline....................		
Teinture thébaïque.........	*ââ*	5 —
— de noix vomique...		

« Les bains d'air chaud rendront des services moindres.

« Dans la clientèle aisée, les malades pourront être envoyés aux boues végéto-minérales chaudes. »

M. Lecoconnier recommande les bains statiques et les résultats qu'il donne sont encourageants. Il a noté chez ses malades une amélioration rapide des troubles digestifs, une disparition de la douleur, une accélération de la nutrition.

Les lésions osseuses sont infiniment plus longues à s'améliorer. M. Lecoconnier, tout en préconisant le bain électrique (dix minutes) et les procédés de l'aigrette (pointe métallique approchée du malade et mise en contact avec le pôle négatif de la machine) ou de la friction (boule d'un excitateur promenée sur des parties du corps recouvertes de laine, trois à cinq minutes), rejette l'étincelle comme moyen trop violent et pouvant entraîner des contractures et des névrites.

Difficultés de diagnostic de la variole.

M. le Dr *Freeman* cite, dans *la Lancet*, le cas extrêmement curieux et embarrassant d'un enfant de dix ans, atteint de rash scarlatiniforme qui, tout d'abord, fit craindre une variole, au début : il eut une rechute avec fièvre élevée, et des gonflements nodulaires apparurent en avant du tibia, au front, à l'orbite.

Il y avait du gonflement autour du genou gauche. Une semaine plus tard, il y avait encore une fièvre élevée et les gonflements étaient encore évidents, il y avait en outre un rash bulleux abondant aux jambes, aux fesses, un peu aux bras et à la partie inférieure de l'abdomen. Quelques bulles étaient ombiliquées et toutes étaient hémorragiques. Le second rash, d'abord papuleux, devint bientôt vésiculeux et bulleux. L'enfant avait l'aspect d'un hérédo-syphilitique avec le nez aplati, les cicatrices à l'angle de la bouche. Il y avait des marques de vaccin, mais il n'avait pas été revacciné. Une semaine plus tard, grande amélioration, disparition des gonflements ; le diagnostic qui avait d'abord été : « variole normale fut ensuite un érythème noueux devenant bulleux. » L'enfant fut d'ailleurs ensuite vacciné avec succès.

De la balnéation des fosses nasales.

M. le Dr *Derecq* a fait, à la Société du 8e arrondissement de Paris, une communication très pratique sur la balnéation des fosses nasales. La balnéation des fosses nasales est un procédé simple et pratique de lavage que j'ai inauguré depuis une douzaine d'années, sur moi d'abord, et ensuite sur mon entourage, enfin sur ma clientèle, à tous les âges pour ainsi dire.

Ayant à souffrir de rhino-pharyngite, fréquemment caractérisée, comme je l'ai souvent observé chez des arthritiques, par du catarrhe nasal simple ou muco-purulent, et avec cela par de la turgescence des muqueuses pharyngiennes, je m'étais vu conseiller des lavages du nez et des gargarismes. Il ne s'agissait, en somme, pour soulager mes fosses nasales, que de les baigner comme ma gorge. C'est alors que j'imaginai la balnéation des fosses nasales, à l'aide d'un simple récipient tel qu'un verre, partant de la connaissance de la tolérance parfaite du nez des jeunes enfants nouveau-nés qu'on alimente de lait, par la voie nasale, leur incapacité de faire la succion empêchant l'allaitement au sein ou au biberon.

Pour eux, une cuiller effilée est employée et fait pénétrer le lait dans la narine. Une fois déposé sur le plancher des fosses nasales, il s'écoule vers les fosses nasales postérieures, et gagne le pharynx et l'œsophage.

Pour cela la tête de l'enfant est maintenue verticale, à peine inclinée en arrière.

L'anatomie de la région semble, à mon avis, si bien se prêter à ce procédé, que je le considère comme aussi aisé à faire exécuter que le gargarisme ou balnéation de la gorge, et cela à tous les âges de la vie.

Dans la médecine infantile, il a un avantage énorme sur les irrigations et les injections. On sait que la vue d'un instrument, même celle du siphon de Weber ou d'une seringue, a pour premier résultat la frayeur des jeunes sujets ; il n'en est pas de même, certainement, à l'approche d'un verre. L'enfant le plus farouche est vite apprivoisé à la balnéation des fosses nasales, qui ne lui cause ni gêne, ni douleur, car il n'est pas exposé, en effet, aux conséquences, si fréquentes et bien connues de nous tous, des injections ou des irrigations mal dirigées, laissant à leur suite des céphalées intolérables, qui entraînent vite le découragement.

Certes, les injections et irrigations ont toujours leurs indications, mais elles ne sont efficaces qu'à la condition d'être bien appliquées par des personnes habituées à ces manipulations.

En résumé, voici la technique conseillée par M. le Dr Derecq :

1o Un verre à toilette d'une propreté absolue, lavé au dernier moment avec de l'eau bouillie, sera rempli d'une solution boriquée tiède ou d'une solution répondant à des indications thérapeutiques spéciales ;

2o Une cuvette sera déposée devant le sujet ;

3o D'une main, le verre sera placé et maintenu, en exerçant une légère pression à la base du nez :

4o La tête observera la position verticale, et la respiration ininterrompue se fera par la bouche entr'ouverte ;

5o Le fond du verre sera élevé lentement, posément, et l'immersion de la pointe du nez se fera progressivement ;

6o Si la pénétration nasale du liquide n'a pas lieu, la tête sera imperceptiblement inclinée en arrière, un court espace de temps ;

7o Dès que le liquide aura atteint l'orifice postérieur des fosses nasales — ce que le sujet reconnaîtra aisément — le verre sera écarté, afin de laisser retomber dans la cuvette l'eau évacuant le nez ;

8o Selon que la balnéation devra être plus ou moins prolongée, pour atteindre un but curatif ou purement prophylactique, il faudra un plus ou moins grand nombre de reprises, pour employer une quantité de liquide déterminée ;

9o Entre les reprises, le sujet mouchera très *doucement*, expulsant dans une compresse les matières muqueuses ou les corps étrangers que la balnéation aura rendus mobiles.

A cette place, ajoute l'auteur, je formule la solution appropriée à l'état nasal du malade, ou toutes autres recommandations concernant par exemple, la fréquence, par 24 heures, de la balnéation des fosses nasales.

Le massage du foie et des voies biliaires.

D'après M. le Dr *Krikortz*, in *Revue de Cinésie*, le massage en général et celui du ventre, en particulier, agit sur la circulation périphérique et viscérale, donc aussi sur la circulation hépatique. Ceci est un axiome, dont ceux qui se sont occupés des effets physiologiques et thérapeutiques du massage n'ont pas manqué de tirer parti. Le foie, congestionné par le fait de la stase veineuse dans la circulation générale, et non encore sclérosé, diminue de volume, quand la circulation générale et abdominale se régularise, grâce aux manœuvres du massage : voilà un fait qui a été bien démontré.

Les services qu'on peut attendre du massage direct du foie dans les multiples états pathologiques qui dépendent d'une viciation des fonctions de cet organe, ont été signalés par de Frumerie (*Thèse Paris*, 1901).

La technique de ce massage varie peu dans les différents états pathologiques. Son but est toujours d'agir sur la circulation hépatique, sur la circulation biliaire, sur la cellule hépatique elle-même. De Frumerie recommande de faire des *effleurages* sur les parties qui débordent ; de l'*écrasement* contre la face antérieure, en profi-

tant de l'abaissement du foie pendant les inspirations profondes ; du *pétrissage* de la face inférieure, en profitant du relâchement de la paroi abdominale pendant l'expiration pour enfoncer les doigts de plus en plus profondément pendant l'expiration et, sans laisser perdre le terrain gagné pendant l'inspiration. Avec un peu d'habitude et beaucoup de douceur, on arrive réellement de cette façon, chez des individus à paroi abdominale pas trop épaisse ou tendue, à toucher une grande partie de la face inférieure du foie. Si le malade est assis et se laisse tomber un peu en avant, en relâchant bien les muscles abdominaux on arrive encore plus profondément. Les *vibrations* peuvent se faire avantageusement dans cette position. Elles semblent avoir pour effet d'exciter la sécrétion biliaire. Toutes ces manœuvres seront faites avec beaucoup de ménagement, bien entendu.

Ce massage du foie est certainement destiné à rendre des services dans certains diabètes intermittents, dans les phases initiales des cirrhoses, dans l'ictère chronique, dans la lithiase biliaire et dans les congestions passives, en prenant les précautions indiquées ci-dessus. M. de Frumerie a beaucoup contribué à préciser les indications de ce massage et à en signaler les dangers. Il faut, en effet, procéder avec une extrême prudence, car le foie est un organe délicat qu'il convient de ne pas brutaliser.

PRATIQUE MÉDICALE

Le permanganate de potasse dans les abcès froids.

Vous avez reproduit, dans le *Concours médical* du 26 juillet, un article du distingué Dr Bayeux sur *l'emploi du permanganate de potasse dans les abcès froids*.

Cet article m'a d'autant plus intéressé que je venais d'être appelé à donner mes soins à une fillette de huit ans, porteuse de trois abcès froids, dont deux ouverts, reposant l'un sur la clavicule, le second sur la 3e côte.

Le troisième abcès, de la grosseur d'un œuf de cane, pendait un peu au-dessus de la poignée du sternum dans le creux limité latéralement par la corde des sterno-cléido-mastoïdiens. Il n'était pas ouvert, mais sa teinte livide et sa fluctuation ne présentaient aucun doute sur l'imminence de la suppuration.

Ma visite avait lieu le matin ; je prévins les parents que je reviendrais, dans le courant de l'après-midi, pour faire le nécessaire.

Après avoir réalisé l'asepsie du champ opératoire, j'ouvris l'abcès, d'où jaillit un verre à Bordeaux environ d'un pus inodore et bien lié. Je curettai énergiquement la poche évacuée et je la bourrai de gaze iodoformée à 30 %, après, toutefois, avoir irrigué la cavité avec de l'eau bouillie contenant 2 grammes de sublimé par litre.

Cela fait, j'effectuai un grattage aussi minutieux que possible des lésions osseuses dont j'ai parlé. Je couvris de gaze iodoformée, de coton hydrophile, le tout maintenu par une bande phéniquée large enroulée comme il convenait autour du thorax.

La fillette fut ainsi abandonnée jusqu'au surlendemain.

Quand j'enlevai le pansement, je trouvai les parois de la poche rétractées, flétries et affaissées sur le tampon de gaze iodoformée. Je retirai ce dernier et j'excisai toute la poche.

J'eus alors, devant moi, une plaie couverte de ces granulations grises et de ces fausses membranes jaunâtres qui caractérisent les lésions tuberculeuses.

C'était le moment d'employer le permanganate de potasse suivant les données du Dr Bayeux.

Je m'empresse de déclarer que le frottis, pratiqué, trois fois par semaine, me donna, au début, un résultat relativement satisfaisant. Cependant je fus obligé de curetter à nouveau la lésion placée sur la troisième côte, lésion en cratère, dont le fond se tapissait de fausses membranes dans l'intervalle de mes interventions.

J'eus alors l'idée non seulement d'opérer un frottis quotidien mais encore d'élever la teneur de la solution en permanganate.

Le résultat fut à ce point heureux qu'après vingt jours de traitement ma petite malade est guérie. En conséquence, j'estime que les conseils de notre confrère sont excellents.

Néanmoins, je pense qu'il y a lieu de modifier comme il suit le traitement des abcès froids :

1° Ouverture et curettage des poches purulentes, lorsque l'abcès intéresse un plan musculaire. Tamponnement des cavités à la gaze iodoformée, puis excision des parois mortifiées ;

2° Grattage des lésions osseuses ;

3° Frottis vigoureux et quotidien des plaies pour obtenir un bourgeonnement rapide. Ne pas craindre de faire saigner.

La solution sera fortifiée comme il suit :

Permanganate de potasse cristallisé..	5 gr.
Eau bouillie............................	125 gr.

On laissera dans le creux de chaque plaie un tampon de coton hydrophile imbibé de cette solution *forte*.

On couvrira chaque tampon de gaze stérilisée imprégnée de la solution *faible* que voici :

Permanganate de potasse.......	4 gr.
Eau distillée bouillie...........	1 litre.

Je dois dire que, déjà, dans ma pratique, j'ai eu bien des fois à traiter des abcès froids. Contrairement à l'avis de certains Maîtres, je n'ai jamais hésité à enlever soit au bistouri, soit au thermocautère, les poches et les chairs baveuses qui laissent ces cicatrices si désagréables que chacun sait.

Jadis, j'employais comme complément de l'intervention chirurgicale le chlorure de zinc, le naphtol camphré ou l'huile stérilisée iodoformée. Désormais, et en attendant mieux encore, j'emploierai le permanganate de potasse suivant les données de Bayeux modifiées comme j'ai dit.

L'éther comme adjuvant du taxis dans la hernie étranglée.

Vous avez publié dans le numéro du 16 août du *Concours médical* la communication du docteur Frédéric Souesme, de Montargis, relative au

rôle de l'éther comme adjuvant du taxis dans la hernie étranglée.

Mon très savant confrère, le Dr Dransart, de Somain, et moi-même avons, plusieurs fois, dans la circonscription minière dont nous assurions ensemble le service médical, employé avec succès l'éther en compresse, alors que le taxis seul avait échoué et que les symptômes graves de l'intoxication : vomissements fécaloïdes, facies grippé, sueurs visqueuses, suppression des gaz, s'étaient déclarés. Par ce procédé nous avons pu réduire de très grosses, de très rebelles hernies étranglées et éviter la cure radicale.

La pratique que votre correspondant préconise après le Dr Fiessinger est très recommandable au moins dans les douze à quinze heures qui suivent l'étranglement ; je pense, comme le Dr Souesme, qu'on devrait y avoir recours plus souvent.

Dr Arthur GALAND (de Cayeux-sur-Mer),
Ancien médecin des mines d'Aniche.

PRESSE ANGLAISE

Origine et traitement du cancer.

La *Société clinique* de Chelsea vient de consacrer plusieurs de ses séances à discuter la nature, l'origine et les principes généraux du traitement du cancer. Le Dr John Tatham, chef du service de la statistique, montre tout d'abord que progressivement la mortalité moyenne pour cancer s'est élevée, en Grande-Bretagne, à plus de 25.000 décès par année. Du fait de cette affection, chaque million d'habitants perd annuellement 672 hommes et 975 femmes. La prédominance des tumeurs malignes chez la femme tient à la tendance qu'ont ces néoplasies d'affecter les organes génitaux. Si l'on distrait, effectivement, du total général, les cas de cancer de l'appareil reproducteur (ovaire, utérus, seins), on obtient alors une léthalité notablement plus faible pour le sexe féminin. Ainsi, dans les quatre années 1897-98-99 et 1900, la mortalité due aux tumeurs malignes extra-génitales est pour l'homme 645 par million et n'atteint pour la femme que 568. Autre fait intéressant : il est notoire que dans ces temps derniers le cancer est devenu plus fréquent, sa léthalité s'est accrue très rapidement, passant de 760, chiffre de 1860-70, à 1.500, chiffre de 1891-1900; c'est-à-dire au double.

M. Mitchell Banks a recherché quelles pouvaient être les causes de l'accroissement du cancer qu'accusent non seulement les relevés anglais mais encore les statistiques des autres pays. Il pense que ce fait est dû à l'alimentation moderne, généralement abondante et surtout carnée. Pour expliquer le développement progressif du nombre des néoplasmes cancéreux, on ne saurait incriminer ni l'hygiène, aujourd'hui bien supérieure à ce qu'elle était autrefois, ni la syphilis, ni l'alcoolisme dont les effets sont tout autres. Par contre, si l'on compare l'alimentation actuelle avec celle de jadis, on rencontre une grande différence. Nos contemporains consomment beaucoup plus et en particulier beaucoup plus de viande. Si nous cherchons à rappeler l'aspect des malades atteints de cancer, avant et parfois même au début de leur affection, il faut bien admettre qu'il n'est généralement pas celui de personnes anémiées, privées de forces et d'embonpoint. Nullement, la plupart sont des individus de bonne apparence, riches en tissu adipeux, dont la mine colorée semble indiquer la plus florissante des santés. M. Moore, un spécialiste en la matière, disait il y a déjà pas mal d'années :

« Le cancer est la maladie de personnes qui « ont été jusque-là bien portantes et dont la vi- « gueur paraît promettre une longue vie. »

Pendant ces vingt dernières années, l'importation des viandes de l'étranger a été considérable. Beaucoup d'habitants qui, au milieu du siècle écoulé, n'en prenaient qu'une fois par semaine, en mangent maintenant tous les jours et, dans les classes riches, 2 ou 3 fois par 24 heures.

M. Payne partage cette opinion. Il est décourageant de voir, dit-il, que l'amélioration matérielle de l'existence a pour conséquence probable de favoriser le développement du cancer.

M. Barry Blacker parle de l'emploi des méthodes physiques dans le traitement des néoplasies malignes. On les divise en trois groupes : la cure de lumière de Finsen (rayons bactéricides violets et ultra-violets), les courants électriques à haute tension et les rayons X. En raison des difficultés que l'on éprouve à produire des rayons lumineux dont le pouvoir soit pénétrant, la méthode de Finsen n'est susceptible de s'appliquer qu'aux formes superficielles. Les courants à haute tension présentent le même inconvénient, mais ils ont l'avantage toutefois de contenir des rayons violets presque purs, sans rayons caloriques. Les rayons X, au contraire, possèdent une puissance pénétrante considérable et peuvent agir dès lors sur les tumeurs profondes, sous-cutanées tout au moins. Ces trois procédés ont déjà procuré, dans la thérapeutique du cancer, des résultats encourageants. Un jour viendra, pense M. Blacker, où nous isolerons d'autres rayons capables d'agir très efficacement sur les cellules ou les agents microbiens des néoplasies.

M. Pearce Gould estime, lui aussi, que tôt ou tard le cancer sera curable. Il subit, en effet, parfois une régression, voire une guérison naturelle et spontanée. Beaucoup d'auteurs ont observé des améliorations de durée variable. M. Gould signale un cas de guérison totale. Un homme vient le consulter pour un cancer de la mâchoire supérieure. Il en fait l'ablation mais, deux mois plus tard, le mal récidive. N'ayant aucun traitement utile à prescrire, l'auteur envoie le patient à la campagne. Celui-ci revient 7 mois après entièrement guéri, sans la moindre trace, ni le moindre signe de cancer. Or, des examens histologiques soigneux avaient été faits, sans parler de la récidive rapide ; il ne pouvait y avoir aucun doute sur le caractère malin de la tumeur. La nature peut donc guérir le cancer et peut-être arriverons-nous à découvrir le mécanisme qu'elle met en œuvre dans cette guérison.

Traitement du goitre par l'hydrastis canadensis.

Dans le *Medical News* de Chicago, M. William Cuthberson propose comme médication du goi-

tre vasculaire et simplement hypertrophique (goitre de la puberté et de la grossesse en particulier) l'administration de l'hydrastis canadensis. Il le prescrit trois fois par jour, après les repas. Dans 25 cas, il a obtenu d'excellents résultats grâce à ce traitement prolongé de 6 semaines à 3 mois. Une de ses malades soignée antérieurement avec de l'iode, des iodures et de l'extrait thyroïdien, avait vu son goitre augmenter considérablement malgré cette médication. L'hydrastis canadensis amena une amélioration immédiate suivie de guérison complète, après 6 semaines.

L'inefficacité des cacodylates.

A la *Société médico-chirurgicale* d'Edimbourg, le Pr Fraser a lu un long travail sur le peu d'efficacité des cacodylates comme agents thérapeutiques. Il se montre très sévère vis-à-vis de ces nouveaux médicaments. Ces préparations, dit-il, ont été recommandées et sont très employées maintenant comme succédanés des vieilles formules d'arsenic minéral. Le cacodylate de soude se trouve ainsi journellement prescrit contre l'anémie, la leucémie, les dermatoses, la lèpre, la phtisie, la chorée, etc. Nombre de médecins se sont loués des résultats qu'ils en obtenaient. Gautier pense qu'ils agissent par l'intermédiaire de la glande thyroïde, le seul organe où l'on puisse trouver une dose appréciable d'arsenic (associé ici à l'iode). Il semble à M. Fraser que si, même à des doses relativement élevées, les cacodylates sont sans toxicité, ils doivent dans ces conditions être pharmacologiquement et thérapeutiquement inertes. Il cite plusieurs observations où les cacodylates furent impuissants et où l'arsenic donné immédiatement après, amena une guérison rapide. L'auteur conclut que la clinique et les analyses chimiques s'accordent à montrer que tout sel de cacodyle administré à un malade est absorbé et éliminé, mais sans produire les effets physiologiques et thérapeutiques de l'arsenic. Sans utilité médicamenteuse, ils présentent des inconvénients. Chaque fois qu'ils sont administrés par voie buccale, ils causent des désordres digestifs, nausées, vomissements, diarrhée. La voie sous-cutanée elle-même n'empêche pas l'haleine de prendre l'odeur alliacée bien connue et si désagréable.

Etiologie et traitement du diabète.

Dans une série de recherches publiées par l'*American journ. of. med. sciences*, Croftan démontre que le sang et la lymphe extraits des vaisseaux au moyen de la saignée détruisent graduellement et spontanément leur propre sucre. Différents auteurs, Lépine entre autres, se sont déjà occupés de cette question très importante au point de vue de la pathogénie et du traitement du diabète. Pendant la première demi-heure qui suit la saignée, le sang ainsi recueilli conserve son sucre, puis, durant l'heure suivante, lorsque les leucocytes dégénèrent, le glycose diminue. L'agent de destruction du sucre réside surtout dans la lymphe, dans les globules blancs, mais il est indépendant, comme nous venons de le voir, de leur vitalité. Des expériences faites pour établir le rôle physiologique du pancréas montrent que l'ablation de cet organe atténue l'action glycolytique du sang; on en déduit que le ferment destructeur du sucre tire son origine du pancréas ; on sait d'ailleurs que la trypsine en présence de l'hémoglobine jouit des mêmes propriétés. Ces notions de physiologie entraînent des conséquences pratiques. Le traitement rationnel de l'hyperglycémie et de la glycosurie doit consister à fournir au sang le ferment destructeur naturel, soit par transfusion de sang ou de chyle, soit par injection d'extraits de leucocytes ou de trypsine ou encore de ferments glycolytiques végétaux. Si à un animal rendu diabétique par ablation du pancréas, on transfuse de la lymphe ou du sang d'un animal sain, on voit la glycosurie diminuer. L'action des ferments végétaux n'a pas encore été essayée. Quant aux extraits leucocytaires et à la trypsine, ils ne paraissent pas actuellement applicables chez l'homme.

La Cocaïnomanie.

L'usage thérapeutique de la cocaïne, comme celui de la morphine, est susceptible de déterminer des abus. Il existe des cocaïnomanes comme il existe des morphinomanes, et si nous en observons encore relativement peu dans nos clientèles, cela tient peut-être à ce que ces malades sont rangés sous la dénomination générale de névropathes alors qu'ils sont surtout des intoxiqués.

Il est des pays, d'ailleurs, où la cocaïnomanie est déjà très répandue, aux Indes, par exemple, où elle a supplanté en partie la morphinomanie. M. Bosc, de Calcutta, vient précisément de publier dans le *British medical Journal* une intéressante étude de ce sujet. L'usage habituel de la cocaïne, dit-il, était jusqu'à ce jour confiné pour beaucoup à des individus plus ou moins adonnés à l'opium, au haschich ou à l'alcool. Il commence à faire des victimes dans le public auparavant sain d'intoxications. Les novices prennent leur cocaïne généralement le soir, au commencement de la nuit, pour ne pas être vus. Les vétérans l'absorbent à toute heure de la journée, en tablettes, en poudre et la mâchent avec des feuilles de bétel.

La cocaïne, déclarent les initiés, procure un sentiment d'hilarité agréable presque instantanément. Les premiers symptômes éprouvés sont la perte de la sensibilité de la langue et des lèvres, suivie de sécheresse de la bouche et de la gorge. L'approche du moment d'hilarité est annoncée par des palpitations du cœur, des battements violents des artères du cou et des maux de tête. Le pouls s'accélère légèrement, mais n'excède jamais 110 battements à la minute. A ce moment, le cocaïnomane aime à rester seul, ferme les yeux et évite de parler pour que la salive ne s'échappe pas à flots de sa bouche. Ses oreilles sont rouges et chaudes, ses joues pâles, la pointe du nez se refroidit et la transpiration se montre au cou et au front : le summum de l'intoxication est marqué par le refroidissement des phalanges digitales et la dilatation de la pupille. Après 30 à 45 minutes, ces phénomènes cessent et le malade réclame son poison pour en absorber une nouvelle dose, sinon il demeure abattu et anéanti. Toutefois, cette dépression est

plus apparente que réelle, car le pouls et la respiration sont à peine modifiés.

Le cocaïnomane conserve ses pupilles dilatées et, contrairement au morphinomane, il a de l'insomnie et de l'anorexie, bientôt suivie de diarrhée et de dyspepsie très rebelle. Naturellement, le mangeur de cocaïne a besoin d'augmenter assez rapidement les doses de sa drogue favorite.

M. Bosc montre ensuite, par quelques exemples, comment se présente en clinique cette intoxication :

Un prêtre de 45 ans ayant eu connaissance des propriétés attribuées à la cocaïne de soutenir les forces sans nourriture, prend quelques doses de ce médicament à l'époque des jeûnes. Il s'en trouve bien tout d'abord, aussi en augmente-t-il les quantités journalières jusqu'à 12 centigr. Alors apparurent la fatigue intellectuelle, la perte de la mémoire, l'anorexie, l'insomnie. Complètement déchu, il dut renoncer à sa profession et vivre de mendicité.

Une jeune fille de 16 ans est prise un jour de perte de connaissance et de crises convulsives. On diagnostique l'hystérie. L'auteur, appelé à ce moment, trouve de la sécheresse de la bouche, de la dilatation pupillaire et de l'accélération du pouls, puis, quelques instants plus tard, des sueurs au front et à la nuque. Le lendemain matin, l'état s'était notablement amélioré, mais, vers une heure de l'après-midi, voyant qu'on ne lui permettait pas de se lever, la malade devint subitement coléreuse et très irritable. Elle réclama des feuilles de bétel (1) contenues dans une chambre voisine, elle les mâcha et se calma. La même scène se reproduisit 3 ou 4 fois. Ce fait mit en éveil l'attention de l'auteur qui examina les feuilles de bétel ; elles étaient chargées de cocaïne ! La jeune fille raconta qu'elle avait commencé à prendre cette drogue sur les conseils d'une vieille femme pour se guérir d'une dysménorrhée. La vieille dame en question, cocaïnomane avérée, avait fait de nombreuses disciples.

Troisième exemple : un jeune homme de 20 ans, entraîné par des amis, devient consommateur d'opium et de haschich. Il s'en guérit, lorsqu'un jour, par pure fantaisie, il absorbe de la cocaïne dont l'effet, dit-il, fut simplement agréable. Il n'en continua pas moins son usage à doses progressives jusqu'à 60 centigr. et au-delà par jour. L'intoxication devint rapidement mortelle.

Quatrième cas : un individu sujet aux névralgies faciales, arrive à manger de la cocaïne pour calmer ses douleurs. Les effets ayant été satisfaisants, il en continue l'emploi, absorbant chaque jour 15 centigr. du médicament. Il offre l'aspect habituel des cocaïnomanes, pouls à 100, pupilles dilatées, faiblesse générale, anorexie, insomnie, perte des facultés viriles. De vigoureux et fort qu'il était, il est devenu pâle, mince et anémique. Sa dégénérescence est à la fois physique et morale. Ses paroles sont incohérentes et il marche à pas rapides vers la démence.

L'action de la cocaïne sur les centres nerveux est au début, pendant 15 à 20 minutes, légèrement stimulante, puis elle se manifeste par un sentiment de dépression auquel succède la léthargie et l'inertie. La volonté et les forces viriles sont rapidement perdues. L'insuffisance de nutrition amène l'amaigrissement.

Les cocaïnomanes se présentent avec des stigmates connus : dilatation pupillaire, accélération du pouls, anorexie, insomnie, etc. Ils souffrent d'hallucinations et d'aberrations mentales. Contrairement aux mangeurs d'opium, ils arrivent à être en peu de temps des non-valeurs absolues pour la société.

Les effets toxiques ne se montrent qu'avec des doses élevées de cocaïne, mais celles-ci deviennent rapidement un besoin impérieux. Quant au traitement, il consiste à soigner le malade dans un asile approprié en supprimant radicalement le poison.

Dr P. Lacroix.

(1) Les feuilles de bétel sont universellement mastiquées aux Indes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des médecins et la loi nouvelle.

Dans deux mois, nos représentants au Parlement vont discuter la façon dont les services du médecin doivent être utilisés dans l'armée future qui sortira de la loi projetée.

S'il est un point sur lequel tous les membres du Corps médical ont toujours été d'accord en formulant leurs revendications (ce qui, soit dit en passant, serait si désirable pour chaque question), c'est bien celui que soulève le service militaire des médecins civils.

Nous n'en voulons donner d'autre preuve que les lignes suivantes publiées par M. Lereboullet dans la *Gazette hebdomadaire* du 17 août. Nos lecteurs y trouveront condensées toutes les conclusions et tous les arguments que firent ressortir il y a dix ans les études du *Concours médical*. Aussi paraît-il indispensable que l'article du secrétaire général de l'Association des médecins de France soit la forme unique à donner à nos revendications devant le Sénat. Pour notre compte, nous l'adoptons sans variantes et sans réserves.

On n'a pas oublié les efforts tentés (au moment où fut votée la loi du 15 juillet 1889) pour obtenir que les étudiants en médecine fissent leur service militaire non comme soldats, mais bien comme médecins.

On fit remarquer, à ce moment, que la durée des études médicales est plus longue que celle des études scientifiques, littéraires ou juridiques ; qu'il faut deux diplômes pour les commencer et plus de six années consécutives pour les mener à bien ; que dès lors il devenait difficile d'arriver à l'âge de 26 ans au grade de docteur en médecine si l'on doit consacrer une année entière à apprendre le métier de soldat.

Étudiant cette question et soutenant le projet de loi que son vice-président, M. Cornil, avait déposé sur le bureau du Sénat, le 23 mars 1893, l'Association générale des médecins de France avait fait valoir d'autres arguments en vue de démontrer que les intérêts de la défense nationale et ceux de la mobilisation en cas de guerre sont d'accord avec les intérêts de l'enseignement supérieur pour réclamer, en faveur des étudiants en médecine, une exception — on disait alors une dispense — que ne méritent pas, au même titre, les autres étudiants.

Aujourd'hui que, sous prétexte d'égalité, pour obéir à un mot d'ordre électoral, tous les parlemen-

taires, médecins ou non, veulent supprimer toutes les dispenses, quelles qu'elles puissent être, et imposer à tous deux années de service militaire effectif, il importe de reprendre ces arguments et d'appuyer l'amendement rédigé au nom du Conseil général de l'Association des médecins de France par MM. Cornil et Dieu, amendement qui sera présenté au Sénat lors de la deuxième délibération.

Répétons donc que *seuls de tous les professionnels* les étudiants en médecine seront appelés, en cas de guerre, à remplir dans l'armée des fonctions identiques à celles qu'ils remplissaient dans la vie civile. Quelle que soit leur instruction militaire ou médicale, ils seront tous versés dans les cadres du service de santé, et appelés à y remplir les fonctions que la Convention de Genève leur impose.

Le simple bon sens indique dès lors qu'il est tout à fait ridicule de condamner des étudiants en médecine à passer deux années dans l'armée comme soldats ou sous-officiers, puisque les connaissances militaires qu'ils pourront acquérir durant ces deux années leur seront absolument inutiles le jour où ils seront mobilisés comme médecins. Et d'autre part, s'ils n'ont pas appris, au moment de la mobilisation, le métier de médecin militaire, il est non moins évident qu'ils resteront dans l'armée au-dessous de la tâche qui leur sera imposée.

Il ne suffit pas, en effet, d'être un médecin instruit ou un chirurgien habile pour pouvoir, du jour au lendemain, devenir le chef d'une formation sanitaire, commander à des officiers ou à des hommes de troupe, les diriger, les faire manger, bivouaquer, cantonner, pour assurer les réquisitions militaires, créer des installations imprévues, faire établir les certificats multiples qui sauvegardent tout à la fois les intérêts de l'Etat et ceux des particuliers. Tel est cependant le rôle du médecin d'armée. Or il est démontré que, en cas de guerre, le nombre des médecins militaires restera insuffisant. Qu'arrivera-t-il le jour où l'on appellera pour les remplacer des médecins très instruits, je le reconnais, très dévoués, j'en suis convaincu, mais n'ayant pu étudier suffisamment ni les règlements militaires ni les conditions spéciales de la médecine d'armée ? N'est-il pas à craindre que les désastres sanitaires que Chenu a signalés jadis, que j'ai rappelés moi-même à l'occasion de la guerre de Tunisie, ne se renouvellent sur certains points ?

Mais il y a plus ; même en temps de paix, l'incorporation dans les cadres du service de santé de tous les étudiants en médecine appelés à satisfaire aux exigences de la loi militaire semble nécessaire. Nul n'ignore en effet que, dans l'armée, en raison de l'insuffisance notoire des cadres, le service médical laisse infiniment à désirer. Depuis que la loi du 16 mars 1882 a été votée, on a créé en effet un grand nombre de régiments. Il a fallu les doter de médecins. Les cadres étant insuffisants, on a dégarni les hôpitaux. Alors qu'autrefois un service de garde régulièrement assuré par les médecins donnait à tous les soldats malades la certitude de recevoir immédiatement en cas d'urgence les soins nécessaires, alors que ces jeunes médecins pouvaient perfectionner à l'hôpital leur instruction professionnelle, aujourd'hui presque tous les médecins aides-majors sont à la sortie du Val-de-Grâce appelés à servir dans les régiments. Là où il existe, le service de garde impose aux médecins traitants un surcroît d'occupations aussi pénible qu'il est parfois humiliant. Il en est de même dans les régiments où certaines corvées, imposées à des médecins âgés et capables de mieux faire, lassent les plus résignés et provoquent des démissions anticipées. Enfin, l'on peut voir, dans certains régiments, dans les bataillons alpins par exemple, des étudiants de 2e ou 3e année diriger un service médical qui exigerait parfois plus d'expérience et d'autorité.

Si, au contraire, on accordait à tous les étudiants en médecine la faculté d'obtenir un sursis d'appel jusqu'au jour où ils seraient pourvus de leurs 16 inscriptions ; si ce sursis, d'une durée de 4 ou 5 années par exemple, leur permettait alors d'être incorporés comme médecins auxiliaires et non comme soldats ; si, versés dans les cadres du service de santé, ils étaient, pendant deux années consécutives, appelés successivement à servir dans les corps de troupe et dans les hôpitaux, à apprendre, sous la direction et le contrôle des médecins d'armée, non seulement les règlements sanitaires, mais encore la discipline militaire avec toutes ses exigences et toutes ses rigueurs, le corps de santé recevrait chaque année le contingent qui lui manque pour bien assurer les services dont il a la charge, et tous les médecins français seraient bientôt en état, si une mobilisation nécessitait leur appel, de remplir consciencieusement et sérieusement les fonctions dont ils seront nécessairement chargés en cas de guerre.

Quelles sont donc les objections qu'on pourrait faire à ce projet ? Il n'en est qu'une. Elle a déterminé l'échec du projet Cornil ; elle se résume en ces termes : une seule exception à la loi en modifie le caractère démocratique et égalitaire.

C'est au nom de cette prétendue loi d'égalité que *tous* les médecins sénateurs, à l'exception de M. Berthelot, ont voté la suppression de toutes les dispenses et déclaré ainsi que le nivellement dans la médiocrité était l'arche sainte à laquelle on ne saurait toucher sans renoncer au titre de démocrate.

Nous pensons au contraire que l'esprit d'indiscipline et de révolte qui trop souvent inspire certains Français naît de malentendus ou de lois mal faites et qui imposent à tous des obligations inutiles. Nous pensons que les charges diverses que crée la loi militaire seront d'autant mieux comprises que le but à atteindre apparaîtra plus digne de l'abnégation et du patriotisme qui s'imposent à tous les Français. Nous demandons que chacun, dans l'armée comme dans la nation, soit mis à sa place et appelé à apprendre ce qui devra lui servir en cas de guerre. Nous persistons tous à penser que le maniement du fusil et du canon peut être ignoré et ne doit pas dès lors être étudié pendant deux ans par celui qui, dans l'armée active, n'aura qu'à en atténuer les effets.

Et c'est pourquoi nous regrettons de voir que personne ne songe à regarder au dehors, à voir ce qui se passe en Allemagne, en Russie ou ailleurs, à comprendre que, dans les pays les plus civilisés aussi bien que dans les armées les mieux organisées, on cherche avant tout et surtout l'utilisation des capacités. Si nos médecins parlementaires regardaient du côté de l'Allemagne et voyaient ce qu'on fait des étudiants en médecine et comment le service sanitaire fonctionne en temps de paix ; s'ils avaient gardé le souvenir de ce qui s'est passé en 1870, s'ils avaient vu, comme j'ai pu le voir, les médecins les plus éminents de l'Allemagne diriger admirablement le service de santé et tous les médecins allemands obéir à leurs ordres, ils comprendraient qu'une organisation de cette nature est le résultat d'une longue préparation et que celle-ci n'est possible qu'à la condition de permettre à tous les étudiants, à tous les jeunes médecins de continuer leurs études scientifiques tout en apprenant le métier militaire spécial du corps de santé.

Faut-il donc désespérer de voir les médecins membres du Parlement s'associer à la proposition que fera à la rentrée leur éminent collègue, M. Cornil ? Nous ne le pensons pas et c'est pourquoi nous nous bornons aujourd'hui à poser la question. Nous y reviendrons lorsque recommencera la discussion du service de deux ans.

L. Lereboullet.

Si maintenant, après avoir lu ces lignes, il paraissait encore utile d'ajouter quelque chose afin d'entraîner les législateurs hésitants, nous ne devrions pas hésiter à leur dire ceci :

« Que parlez-vous de dispenses et de privilège « unique portant atteinte à l'égalité absolue ? « Nous ne réclamons rien de tout cela. Nous « revendiquons le devoir de consacrer deux an- « nées à bien apprendre ce qui sera notre ser- « vice exclusif à l'heure où la défense du pays « nous appellerait sous les drapeaux, comme « vous demandez à vos officiers un séjour aux « écoles d'application pour y acquérir les con- « naissances dont ils ont besoin. C'est bien là « l'égalité, dès l'origine, entre des hommes dont « vous prétendez ensuite assimiler en temps de « guerre les situations et les grades. Et ne « serait-ce pas au contraire l'inégalité la plus « criante qu'après nous avoir enrégimentés pen- « dant deux ans sans le moindre galon, vous « nous nommiez aides-majors (officiers par « conséquent) du jour au lendemain, alors que « nous ne saurons rien de la partie spéciale, « technique, militaire, de nos fonctions ?

« Nous donnerons nos deux ans comme tout « citoyen : donc nous ne réclamons pas de « dispense. Nous passerons ces deux ans dans « vos hôpitaux militaires ou dans le service médi- « cal du régiment, c'est-à-dire dans les milieux « qui sont notre école à nous ; c'est le cas des « officiers, de tous les officiers ; où serait donc « le privilège ?

« Le malentendu à détruire vient tout simple- « ment de ceci. « Ce n'est pas à propos du recru- « tement des soldats qu'il faut soulever la ques- « tion du service des médecins, puisque vous « entendez en faire, en temps de guerre, des offi- « ciers : c'est à propos du recrutement des offi- « ciers du corps de santé militaire.

« Voici, en effet, ce que devient alors votre « raisonnement : Mr X.. est inscrit comme étu- « diant en médecine au moment de la révision. « Sauf le cas d'invalidité, il ne lui est accordé « aucune dispense, mais nous l'ajournons jus- « qu'à ce qu'il ait acquis le savoir nécessaire à « nos officiers du corps de santé, ce qui lui sera « possible à 27 ans. Ce jour-là, s'il a obtenu le « diplôme requis, nous le prendrons comme « officier élève d'une école d'application. S'il ne « l'a pas obtenu, nous le prenons aussi, mais « dans le rang, comme soldat, car il doit se libé- « rer de sa dette.

« En quoi le souci d'égalité le plus ombrageux « peut-il être froissé par cette situation ?

« Et constatons d'ailleurs que nulle autre caté- « gorie d'étudiants ne serait fondée à réclamer « le même traitement, car ni le droit, ni la lit- « térature, ni les beaux arts, etc., ne portent de « droit le galon dans l'armée, et ne peuvent « s'autoriser de leurs futures fonctions militai- « res pour réclamer le temps d'en faire l'ap- « prentissage à la faveur de sursis ou d'ajour- « nements.»

Il nous paraît donc vraiment impossible que le souci de la bonne utilisation des forces et des aptitudes, quand il se trouve d'accord avec l'équité, l'économie, la clairvoyance et le bon sens, ne rangent pas derrière le Pr Cornil tous les médecins du Parlement, tous les militaires bien renseignés également sur la question, et enfin tous les hommes qui étudieront celle-ci sans parti pris.

S'il en était autrement, ce serait à désespérer de tout progrès indiscutablement utile.

H. J.

VARIETÉS

Conseils aux jeunes naïvetés médicales.

Chacun de nous possède une dose plus ou moins forte de naïveté et de crédulité. Nous avons tous un ou plusieurs points faibles, et le côté naïf n'est pas si rare qu'on pourrait le croire. On peut même avancer que tous les médecins sont naïfs, puisqu'ils croient tous à la reconnaissance des clients et à leur fidélité.

...Le médecin qui s'installe et prend la température vaginale chez sa première cliente — fût-ce une jeune fille — est rare, mais il existe. En général, il en est quitte pour changer de résidence. C'est toujours payer cher ce manque de tact ou plutôt cette ingénuité, c'est — disons-le en passant — le même prix pour la naïve croyance dans les offres alléchantes d'une municipalité ou d'un pharmacien.

...Nous croyons qu'il faut éviter les grands mots et les expressions scientifiques auprès des clients, à moins que ce soit pour dissimuler notre embarras dans un diagnostic ou voiler la vérité à un condamné par la Faculté. Le langage scientifique usité entre médecins, et les expressions médicales nécessaires dans un travail ou un exposé technique, sont déplacées et prennent une tournure naïve dans une ordonnance de clientèle.

Ainsi *diète hydrique*, prescription que beaucoup de médecins écrivent sur une ordonnance dans une famille ouvrière, à propos d'un bébé de six mois, fait très bien sur cette ordonnance ; mais quelles que soient les explications dont elle est entourée, ces explications volent et le mot écrit reste. Souvent, quand le père rentre et demande à sa femme ce que cela veut dire, celle-ci n'en sait plus rien, tandis que toute la famille comprendrait — et c'est le but du médecin qu'il n'atteint point — s'il y avait écrit : « Ne donner absolument que de l'eau bouillie ou de l'eau de Vals à l'enfant... »

...Gardons-nous bien aussi — cela peut échapper — en auscultant un enfant de quelques mois de commander : « Respirez ! — soufflez ! toussez ! » — car c'est humiliant de s'entendre dire par la mère : « Monsieur, il ne comprend pas !.. »

...Il est non moins humiliant au lendemain d'une visite à un enfant au sein, de s'entendre dire ! « Monsieur il n'a pas pu prendre les *cachets* ou les *pilules* que vous lui avez ordonnés ! » — Lapsus ? négligence ? naïveté ?...

Le médecin qui prescrit de la sorte — celui-là existe aussi — est certainement dans un état d'esprit spécial difficile à expliquer.

....S'il arrive qu'un médecin ordonne un lavement à un nouveau-né, c'est peut-être indispensable quoique prématuré pour le pauvre petit, mais cela s'explique mieux pourtant que lorsqu'il ordonne des cachets, des pilules, voire même des potions à un malade qui ne peut absolument pas avaler !

...Le même médecin — ce ne peut être que le même évidemment — ordonnera des gargarismes à un malade atteint d'un abcès sous-périostique du maxillaire inférieur totalement immobilisé.

Ah ! par exemple, pour éviter les naïvetés magistrales — les médecins devraient bien faire un

peu de pharmacie et apprendre à formuler et à doser avant de s'installer. Ils ne s'exposeraient pas à créer à tout hasard des potions polypharmaques composées de vingt médicaments divers plus ou moins incompatibles, et même des mélanges détonnants ! c'est inouï ce que certains médecins veulent faire avaler à leurs clients, qui heureusement s'y refusent.

Nous avons vu des potions absolument extraordinaires et compliquées destinées à des enfants d'un an !

Nous avons vu ordonner 250 grammes de salol (100 fr. à cette époque) pour saupoudrer deux piqûres de sangsues !

Mais ceci est plutôt de l'ignorance que de la naïveté. C'est absence de sens pratique, à moins que ce ne soit un salut au pharmacien.

...Ce serait aussi de l'ignorance ou de la naïveté que d'ordonner à un malade des médicaments amers ou sucrés qu'il ne peut supporter, ou des médicaments sous des formes qu'il ne peut avaler, aux enfants, par exemple, de la quinine en potion au lieu de suppositoires à la quinine.

Ce serait une faute que de ne pas tenir compte du goût du malade, que de ne pas le renseigner avec détails et rabâchages sur la façon dont il faut s'y prendre pour avaler la pilule ou autres préparations.

Ainsi un malade se plaindra de ce qu'il ne peut avaler les cachets, accusera le pharmacien de les faire *trop durs*, changera de pharmacien et ce sera la même chose, — parce que toujours il les prendra dans du lait qui ne ramollit pas le pain à chanter ! Dès que vous lui aurez appris à les prendre dans une cuillerée d'eau, il sera étonné, ravi et reconnaissant de votre science. Cette science-là — savoir-faire si vous voulez — pour lui est la vraie. Consultez donc ses goûts, écoutez ses observations, puis renseignez-le en insistant sur les détails et vous vous l'attacherez plus sûrement par ces petits moyens que par d'autres.

...Ce n'est pas de la naïveté, mais un lapsus explicable et pardonnable par les questions et les bavardages de l'entourage lorsque vous rédigez l'ordonnance, que d'ordonner un lavement ou un bain de pieds sinapisé à prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

...Un genre de naïveté c'est d'ordonner un masticateur à un enfant de six ans, enfant d'ouvrier, qui déjeune à l'Ecole maternelle et dont les dents sont en mauvais état ! Le voyez-vous à la petite table commune avec son masticateur !

...Arriver auprès d'un malade gravement atteint et devant sa physionomie qui n'indique pas de mieux, s'écrier : « Ah ! mais ça ne va pas ! » et ajouter : « Vous savez ? vous avez la même maladie qu'un tel, qui en est mort ! » — est d'une maladresse et d'une naïveté que nous avons vu commettre par un vieux praticien. Inutile d'ajouter qu'il faut, même quand on est jeune, éviter ces réflexions saugrenues.

...C'est encore de la naïveté de demander à une jeune personne — avant de s'être assuré qu'elle est mariée — combien elle a eu d'enfants.

...C'est une naïveté aussi de dire devant un malade :

« ...Je n'y comprends plus rien, j'y perds *mon latin*, » — ou : « Que faire ? nous avons tout essayé et vous n'êtes pas plus avancé !.. » — ou : « *Ce n'est rien* » — quand dans votre pensée cela signifie que *ce n'est pas grave*.

Car alors, vite, il s'adressera ailleurs et cherchera un confrère qui n'a pas perdu son latin, qui trouvera quelque chose, fera quelque chose, comprendra quelque chose et le plaindra.

Mais le chapitre serait inépuisable, et nous terminons en conseillant aux jeunes médecins et même aux anciens de tourner sept fois la langue dans la bouche avant de parler, — de faire une ample provision de tact — et d'avoir leur jugement et leur cerveau toujours en éveil : c. q. f. d. (ce qu'ils font d'ailleurs).

1er août 1902. Dr COURGEY.

REPORTAGE MÉDICAL

Retrait du diplôme d'ambulancière des Dames Françaises. — Une dame de cette Société s'étant livrée à l'exercice illégal de la médecine, le Conseil de l'Ecole vient d'annuler, dans sa séance du 15 juillet 1902, le diplôme qu'il lui avait délivré.

Avis à tous les semi-infirmiers qui, sous des patronages divers, braconnent sur notre terrain.

Un exemple à suivre pour les administrations. — La Direction des Postes et télégraphes demandait ces jours derniers au maire de la commune de Triel (Seine-et-Oise) de faire visiter, au point de vue de l'hygiène, le bureau de la localité et le logement de la Directrice. Un post-scriptum ajoutait : « Une indemnité de 5 fr. sera allouée au médecin pour son rapport. »

Le temps serait-il venu où les administrations payeront au médecin les services qu'il leur rend ? Il est en tout cas des précédents qu'il faut toujours enregistrer.

Le choléra. — L'Egypte paye à cette heure un lourd tribut au choléra. Alexandrie et quarante autres localités, dont la ville du Caire, sont atteintes.

On signale même l'apparition du fléau à Robilante, en Italie.

Espérons que les récentes histoires du Frioul ont amené progrès et vigilance dans notre défense sanitaire du côté de la Méditerranée.

La Russie, de son côté, se met en garde contre une agression du fléau, qui sévit en Chine, et a pris dans ce but des mesures importantes sur sa frontière de l'Est.

La direction de l'Assistance publique de Paris. — A M. Mourier décédé subitement, succède dans la direction de l'assistance à Paris, M. Mesureur qui, longtemps conseiller municipal de la ville, doit être assez familiarisé avec les questions qu'il va avoir à résoudre. De grands espoirs avaient été fondés sur le rôle du Directeur disparu ; souhaitons que son successeur les réalise et trouve, à cet effet, les concours nécessaires.

La transformation des syndicats médicaux. — Nous remercions les journaux de défense professionnelle et notamment la *Fédération médicale du Sud-Ouest*, d'avoir bien voulu appeler l'attention et les observations de leurs lecteurs sur la transformation des Syndicats médicaux proposée par le *Concours* et inaugurée par les confrères de l'arrondissement de

Versailles. Il nous sera ainsi fourni matière à un compte rendu intéressant de cette question pour notre prochaine assemblée générale.

Association française d'urologie. — La sixième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du *23 au 25 octobre 1902*, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Indications et résultats de la néphrectomie.* Rapporteurs : MM. Forgue et Michon.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Une Société internationale de chirurgie. — La *Société Belge de Chirurgie*, qui tiendra son Congrès annuel à Bruxelles, du 8 au 11 septembre prochain, a invité les principaux chirurgiens étrangers à prendre part aux travaux du Congrès et à fonder, avec elle, une Société internationale de chirurgie.

Trois questions seront discutées :

1° Le traitement de l'appendicite. Rapporteurs : MM. Broca, de Paris ; Sonnenburg, de Berlin ; Roux, de Lausanne ; Gallet, de Bruxelles.

2° Le traitement des fractures des membres. Rapporteurs ; MM. Tuffier, de Paris ; Rothschild, de Francfort-s-M.; Hannecart, de Bruxelles.

3° L'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. Rapporteur ; M. Walravens, de Bruxelles.

Procédé pour faire disparaître l'odeur de l'iodoforme. — Tous les chirurgiens ont constaté la difficulté à faire disparaître l'odeur de l'iodoforme qui s'attache aux mains qui ont touché un pansement iodoformique.

Il existe un moyen pratique de se désodoriser complètement. Après lavage des mains au savon, il suffit de verser dans la paume des mains 15 à 20 grammes d'eau de fleurs d'oranger pure, qui se trouve partout, dans toutes les maisons, et de la promener sur toutes les parties qui ont été en contact avec l'iodoforme. L'odeur de ce dernier corps est totalement supprimée.

(*Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

Association des internes en exercice des Hôpitaux de Paris. — Le Comité de l'Association, dans sa dernière séance, présidée par M. le professeur Guyon, a pris les décisions suivantes : 1° Me Gatineau est nommé conseil judiciaire de l'Association. 2° L'Office de l'Internat sera ouvert à l'Hôtel des Sociétés savantes, à partir du 15 octobre prochain, les mardis, jeudis, samedis, de 2 heures à cinq heures. M. le Dr Millet, membre du *Concours Médical*, ancien interne, père du regretté collègue, a bien voulu offrir son temps et son dévouement à l'Association : il est nommé directeur de l'Office. C'est à son domicile 3, rue Davioud, Paris (XVIe), que doivent être adressées dorénavant toutes les communications concernant l'Office. 3° L'Office de l'Internat s'occupe dès maintenant de dresser, pour l'afficher ensuite, la liste des places d'interne vacantes ou promises par les Chefs de service. MM. les Chefs de service sont donc priés d'envoyer le plus tôt possible leur liste personnelle à M. le Dr Millet, à l'adresse ci-dessus indiquée.

Tous les internes qui désireraient adhérer à l'association sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible à M. le Dr Chaillous, 14 rue de Longchamp, Paris.

Suppression des autorisations d'écussons, enseignes, attributs, etc., en saillie, placés sur la voie publique par les rhabilleurs, masseurs et autres. — Notre confrère le docteur Augagneur, maire de Lyon, a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes. Il continue cette œuvre d'assainissement dont nous devons le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 5 avril 1884 ;

« Considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public, et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroquerie ;

« Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception de droits de voirie.

« Arrête ;

« *Article unique.* — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées et seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs, etc , à l'usage des rhabilleurs, rhabilleurs-masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc. »

(*Lyon Méd.*)

Congrès international de Climatologie et de Géologie, VIe session, Grenoble 1902. Ouverture le 29 septembre, clôture le 6 octobre.

Une réduction de 50 % a été accordée par les compagnies de chemin de fer ; pour en profiter, les demandes d'adhésion doivent parvenir au secrétaire général avant le 10 septembre.

Les rapports sur les questions posées sont envoyées de suite aux adhérents. Le prix des cotisations est de 20 fr. Les parents des congressistes peuvent profiter des avantages en payant une cotisation de membre honoraire de 10 francs.

Les excursions projetées comprennent : Uriage, Allevard, le Plateau des Petites Roches dans la vallée du Grésivaudan : le Villard de Lans, dans le Vercors, La Grande Chartreuse, Aix-les-Bains, le lac du Bourget ; le Revard : le prix total des excursions est d'environ 50 fr.

Pour les adhésions et les renseignements, s'adresser au secrétaire général M. le Professeur Fernand Berlioz, à l'Ecole de médecine, Grenoble.

Une exposition annexée au Congrès est organisée par M. Girard, 31, rue Saint-Lazare, Paris, à qui les exposants doivent s'adresser.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4835. — M. le docteur Pettidi, de la Ferté-Milon (Aisne). présenté par M. le docteur Rivière, de la Ferté-Milon.

N° 4836. — M. le docteur Mazin, de Ségur (Corrèze), présenté par M. le docteur Bardon, de Brive.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 37 13 SEPTEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La rémunération médicale à forfait encore une fois condamnée.

Au nom du bon sens, au nom de la dignité professionnelle, au nom de l'indépendance du médecin et de l'intérêt général de notre profession, nous ne cessons ici de faire la guerre à ce système de rémunération de nos services qui a nom le *forfait*, et tous les syndicats en ont, comme nous, une sainte horreur, quelque déguisement qu'il adopte.

Nul n'ignore, en effet, que c'est là un miroir à alouettes qu'inventa la concurrence pour nous opposer les uns aux autres, nous diviser, nous asservir et briser notre indispensable liberté de conscience et d'action professionnelles.

C'est par ce moyen que cherchent à se dresser toujours, entre nous et la confiance de notre client, ces intermédiaires tyrans, en quête de spéculation, qui nous séduisent d'abord par l'appât du fixe assuré, pour nous imposer ensuite, sous peine des plus graves préjudices, l'obligation de sacrifier notre indépendance à leurs caprices, comme notre intérêt (et celui de nos malades) à leurs propres intérêts qui, pourtant, sont parfois à peine respectables.

Mais il reste encore chez nous des confrères à trop courte vue, des hommes trop imprégnés de l'ambiance commerciale, de la routine, des préoccupations individualistes nées de l'existence au jour le jour, qui ne veulent pas voir où tout cela nous mène et qui refusent d'admettre que ces mœurs soient blâmables, au point de vue déontologique en particulier.

Nous avons beau leur dire qu'on se déconsidère à ce jeu-là, qu'on y perd son prestige aux yeux de la partie saine du public, celle dont l'estime nous est nécessaire ; ils restent hypnotisés par une question de gros sous, mathématiquement mal envisagée, et vous les étonnez beaucoup quand vous leur prouvez que bon sens, calculs exacts, clairvoyance, etc.., sont d'accord à établir leur rôle de nigauds et de dupes.

Mais c'est encore bien autre chose, quand vous portez la discussion sur le terrain de la déontologie et de la dignité, de la solidarité et de l'esprit syndical.

Oh alors ! ils se défendent avec toute la naïveté de l'inconscience, s'indignant comiquement si vous leur montrez que le *forfait* c'est l'accaparement des clients des autres, l'atteinte portée aux droits du confrère, à la liberté du public souffrant ; que c'est l'adjudication au rabais dans toute sa pureté ; que c'est l'abdication de notre droit de faire rémunérer nos services au prix que *nous* savons juste et convenable ; que c'est l'aplatissement consacré en principe, devant toutes les coopératives et autres collectivités parasites à notre égard ; etc.. etc... Et Dieu sait s'il en éclot !

Tout le monde aujourd'hui, excepté eux, connaît cela ; et la preuve c'est que tout le monde en use *contre* nous.

On avait prononcé au Parlement l'épithète *d'immoraux* pour qualifier les contrats entre médecins et compagnies d'assurances accidents : nous avons dû l'enregistrer.

Aujourd'hui, un magistrat (il est de Bruxelles, mais ne serait pas désavoué par ses collègues de France) déclare que *l'idée d'un forfait absolu est contraire aux règles professionnelles et à l'idée*

même d'honoraires qui suppose une appréciation honorable des services rendus. Peut-on dire plus poliment et plus clairement que la rémunération de nos soins à forfait est antidéontologique et représente un contre bon sens ?

Voici le jugement que nous empruntons à la *Gazette médicale de Liége.*

En cause De V... demandeur (Maître Sch...)
Contre ; E... défendeur (Maître P...)

Jugement prononcé le 1902, par Monsieur Victor Van Santen, Juge de Paix du troisième canton de Bruxelles ;

Attendu que l'action tend à voir condamner le défendeur à payer au demandeur la somme de soixante francs pour honoraires promérités ;

Attendu que le défendeur tout en reconnaissant que la somme réclamée est loin d'être exagérée et ne constitue même qu'une rémunération dérisoire pour les soins donnés dans l'espèce, se borne à soutenir que le demandeur s'était engagé à forfait pour faire, à raison de quarante francs, tous les devoirs nécessités par l'accouchement de sa femme ;

Attendu que le demandeur reconnaît qu'il avait indiqué le chiffre de quarante francs pour prix de l'accouchement ; mais qu'il n'avait eu en vue, et ne pouvait avoir en vue, en consentant à faire l'accouchement de la femme du défendeur à ce prix, qu'un accouchement normal.

Sur quoi ;
Nous, Juge de Paix :

Attendu qu'il n'est pas établi à suffisance de droit qu'un forfait absolu était intervenu entre parties ; que le contraire résulte de cette circonstance, reconnue par le défendeur, que celui-ci a acquitté la note du docteur W... appelé comme aide, en vue des difficultés qu'a présentées l'accouchement de la femme ; *qu'au surplus, l'idée d'un forfait absolu est absolument contraire aux règles professionnelles et à l'idée même d'honoraires, qui suppose une appréciation honorable des services rendus* ;

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que l'action du demandeur est juste et fondée :

Par ces motifs ;
Nous, Juge de Paix :
Faisant droit :
Condamnons le défendeur à payer au demandeur la somme de soixante francs pour honoraires mérités.
Le condamnons, en outre, aux intérêts judiciaires et aux dépens.

En vérité, je vous le demande, combien faudra-t-il encore de documents, de démonstrations, de leçons de l'expérience, pour ouvrir les yeux de nos confrères, de tous sans exception, sur l'étendue de leur faute contre eux-mêmes et contre tout le corps médical, quand ils abdiquent ainsi, par contrat écrit ou verbal, leur intérêt, leur indépendance, leur prestige, toutes choses qui constituent un patrimoine commun que chacun de nous a le devoir supérieur de défendre dans sa zone d'action, dans sa clientèle ?

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections d'oxyde jaune de mercure dans la syphilis.

M. Loison a employé depuis plusieurs années, dans le traitement de la syphilis, les injections intra-musculaires d'oxyde jaune de mercure, qu'il dit préférer au calomel, comme étant moins irritantes et produisant des effets thérapeutiques plus puissants.

Comme le sel s'altère assez facilement à la lumière et acquiert, en devenant presque rouge, des propriétés irritantes, il faut qu'il soit de préparation relativement récente. Loison (*Archives*

FEUILLETON

Sursum corda !

Réponse au feuilleton du Concours médical *du 23 août.*

C'est avec un profond intérêt que j'ai lu, dans un récent et toujours agréable numéro du *Concours*, la description si profondément vraie de la situation médicale actuelle. Toute question personnelle mise de côté, j'ai, moi aussi, regretté vivement cette époque où notre profession était toute de dignité et d'honneur, et j'ai déploré ces mœurs nouvelles dont notre confrère de X-les-Bains trace un tableau aussi saisissant qu'humoristique.

Evitons cependant de ne voir que le temps présent ; pour bien apprécier les choses, il convient, selon le mot de Leibnitz, de les considérer dans leur étendue et dans leur durée.

Aussi, en dépit de la déconsidération momentanée que certains nouveaux venus jettent sur notre profession, il est bon, avant de conclure, de connaître encore la suite des évènements et de répéter avec la Fontaine : « Mais attendons la fin !»

C'est pourquoi j'ai voulu, moi aussi, adresser mon feuilleton au *Concours medical* ; son immense publicité me garantit qu'il pourra adoucir les regrets de quelques-uns, servir de leçon à d'autres et faire espérer à tous qu'un jour viendra où, après une crise passagère, la profession médicale redeviendra ce qu'elle était : digne et respectée.

Or donc, un beau jour, je vis arriver à Bourg-les-Anes un jeune docteur tout frais émoulu de la Faculté voisine, l'air arrogant, suffisant et fanfaron, et qui semblait ignorer tout à fait les égards dus à ses collègues déjà vieillis sous le harnais.

Mon diagnostic fut aussitôt fait : orgueil démesuré, science au-dessous de la moyenne, pronostic mauvais ! Après s'être fait précéder d'une réputation bruyante d'illustre guérisseur, il crut d'abord devoir se faire patronner par un pharmacien du pays, rabaisien et alcoolique à la fois, qui se chargeait (en retour de quelles basses complaisances, on le devine), de le recommander à tous comme un chirurgien émérite et pas cher, un spécialiste universel, un médecin d'un diagnostic sûr doublé d'un thérapeute hors pair.

Il multiplia les visites d'arrivée (sauf aux confrères bien entendu), et fit l'impossible pour se mettre en vedette ; peu à peu on le vit sournoisement s'introduire dans le couvent dont les bonnes sœurs édentées s'étaient laissé prendre à ses airs de petit saint, puis se faufiler adroitement auprès des puissants de la ville, flatter le maire et le petit banquier, aduler le vétérinaire et le curé.

Que de fois ne l'a-t-on pas surpris allant visiter le soir, à la dérobée, des malades vus le matin par ses confrères, dont il ne manquait jamais d'ailleurs de critiquer et l'ordonnance et le diagnostic. Souvent aussi, il nous a éclaboussés de son splendide attelage, du haut duquel, l'air fier, le cigare aux lèvres, il fixait sur les femmes son œil conquérant et distribuait à droite et à gauche des saluts tantôt plats, tantôt protecteurs.

Le dimanche, à la messe qu'il n'avait garde de manquer, les dévotes, malgré leurs yeux baissés, pouvaient admirer ses profondes génuflexions. Bien-

de méd. milit.) met la poudre en suspension, non pas dans la vaseline liquide, mais dans un mucilage obtenu par la dissolution de gomme arabique (30 centigrammes) dans de l'eau distillée (30 grammes). La solution est aussitôt avant l'injection, portée à l'ébullition, qu'il ne faut d'ailleurs pas prolonger, car on produirait la transformation en oxyde rouge. A chaque séance, on injecte un centimètre cube de solution (3 centigrammes d'oxyde).

L'injection est poussée dans les muscles fessiers, au point de Galliot ; ce point se trouve à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, et d'une verticale menée à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur de la fesse. Ce point est remarquable par l'absence de vaisseaux et de nerfs importants.

Quatre injections, à raison d'une par semaine, suffisent ordinairement pour amener la disparition des accidents habituels. On peut ensuite continuer le traitement, à raison d'une injection par mois la première année, puis chaque deux mois, la deuxième année, en alternant alors avec le traitement ioduré.

Cette méthode permet un dosage exact du composé mercuriel administré ; elle évite l'irritation du tube digestif par les pilules de protoïodure ou la liqueur de Van Swieten ; la peau et le linge du malade ne sont pas salis, comme cela arrive avec les frictions mercurielles. Les effets thérapeutiques sont rapides et puissants.

Quelquefois, il se produit, consécutivement à l'injection, des douleurs fessières, de l'engourdissement ; mais, il suffit au malade de rester couché un jour ou deux.

Indications de l'opération de Bottini.

Au Congrès de Montauban, M. le Dr Desnos, de Paris, a parlé des indications de l'opération de Bottini, sur la prostate hypertrophiée :

A côté de la prostatectomie totale, dit-il, dont je n'ai eu personnellement qu'à me féliciter dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, j'estime qu'il y a place pour la section galvano-caustique de la prostate et que l'une ou l'autre reconnaissaient des indications diverses. Si l'opération de Bottini est peu répandue en France, c'est qu'elle a été appliquée à l'étranger, à l'universalité des prostatiques, ce qui explique la mortalité de 5 à 6 %, relativement élevée, des statistiques étrangères, et les résultats souvent médiocres.

A la prostatectomie totale doivent être réservées les hypertrophies péricervicales et infra et rétro-vésicales, les tumeurs considérables et une partie des hypertrophies des lobes latéraux faisant saillie dans la vessie.

Au contraire, la section galvano-caustique convient mieux aux saillies médianes, quelle qu'en soit la forme, à l'hypertrophie des lobes moyens, aux barres cervico-prostatiques, même si cette saillie est considérable, à condition que la masse prostatique totale ne soit pas trop grosse. La conservation de la contractibilité vésicale est une bonne condition de succès, mais non indispensable.

Il importe de proportionner l'importance de l'opération à la lésion, qu'on devra toujours avoir explorée au cystoscope. Aussi doit-on avoir à sa disposition des lames de dimensions diverses et conduire la section non pas d'après un nombre de minutes déterminé d'avance, comme on le fait souvent en Allemagne, mais d'après la résistance que les tissus opposent à la

---

tôt quelques pseudo-richards en mal de déconfiture, dans l'espoir de payer moins cher ou de placer en-core leur fille encore à marier, sont venus, eux aussi, grossir la clientèle de ce médecin à l'échine souple et donner à sa réputation le dernier coup de vernis !

Aussi, au dire de ses amis adroitement stylés, le cabinet de l'illustre praticien fut envahi et ne désemplit plus ; on vint de très loin lui demander conseil, et cette immense procession s'écoula laissant derrière elle des honoraires dont la somme s'élève paraît-il, à un chiffre véritablement fantastique !

Bref, notre confrère a pu jouir momentanément d'une réputation considérable et pendant quelques mois il aura connu l'ivresse du succès !

Mais tout a une fin : tant va la cruche à l'eau... et notre jeune confrère oubliant qu'un succès durable repose sur la correction et la dignité plus encore que sur le talent, n'aura fait en réalité que feu de paille. Voyez plutôt :

Au bout de quelque temps, l'alcoolique pharmacien, en face des rires soulevés par ses conseils qu'on devinait plutôt intéressés, a vu bientôt se tarir sa salive ; le curé retors s'est laissé dire que l'illustre docteur, malgré ses dévotions, s'était montré trop entreprenant avec ses belles clientes ; certaine histoire d'une dame dont la pudeur s'est effarouchée (ceci se voit encore quelquefois) lui est même parvenue aux oreilles après avoir fait le tour de la ville, y compris le couvent des bonnes sœurs. Quant aux paysans, naïfs mais observateurs, ils ont vite vu avec quelle légèreté les diagnostics étaient posés, combien les bévues étaient fréquentes et rares les succès, et ils n'ont pas été longs à démêler ce qu'il y avait de charlatanesque dans ce nouveau et tant prôné disciple d'Hippocrate ; ajoutez-y la colère des mécontents, les racontars des mauvaises langues de Bourg-les-Anes, l'espoir déçu des demi-vierges en quête d'un mari et vous comprendrez pourquoi son auréole a pâli tant et si vite !

Devant ce commencement d'effondrement, les rabatteurs, les amis zélés de la première heure, ceux qui paient leurs notes d'honoraires par une réclame bruyante et éhontée, se sont prudemment mis à l'écart.

Les pseudo-nobles défraîchis et dégénérés se sont rappelé avec regret le temps où leur ancien docteur venait mettre à leur service son talent de savant, quelque peu fier sans doute, mais bon et compatissant.

Et le nouveau confrère qui aurait pu, avec moins de platitudes et un peu plus de dignité, espérer une situation moins brillante au début, mais beaucoup plus durable, a vu progressivement s'éloigner presque toute sa clientèle !

Comme s'il avait enfin compris, on devine qu'il voudrait maintenant se rapprocher de ses autres confrères qu'il dédaignait si fort, mais ceux-ci, quoique pas méchants, lui tiendront encore quelque temps la dragée haute.

Et quand il traverse la ville, il aperçoit dans les rues des clients d'autrefois qui semblent l'éviter et des anciens admirateurs qui se détournent, tandis que sur leur porte les commères elles-mêmes (*quantum mutatæ* !) se le montrent en disant tous bas : quel charlatan !

Dr Z.

progression de la lame, indication que fournissent les modifications instrumentales que j'ai apportées.

L'état infectieux des voies urinaires n'est pas une contre-indication absolue ; néanmoins, si elle est bien prononcée et surtout si l'état général est atteint, il vaut mieux recourir à une opération qui assure un bon drainage de la vessie, telle que l'incision périnéale.

L'âge des malades a peu d'importance, leur résistance est surtout à considérer.

Réduite à ces limites restreintes, l'opération de Bottini, basée et exécutée d'après des indications que fournit le chirurgien, donnera de bons résultats et explique pourquoi sur mes 31 cas je n'ai eu ni mort, ni accident sérieux à déplorer. Il est toutefois nécessaire de dire que ces résultats sont longs à se produire, à part la facilité du cathétérisme rendue immédiatement plus grande, ce qui n'est marqué que dans un de mes cas.

En résumé, l'opération de Bottini semble convenir aux cas moyens plutôt qu'aux grosses hypertrophies ; elle est surtout efficace contre la saillie qui fait obstacle au col. Pour préciser les indications générales des interventions contre les hypertrophies, on pourrait établir une certaine analogie entre l'urétrotomie interne et l'incision galvano-caustique, d'une part : car l'une et l'autre s'adressent à des productions orificielles et intra-canaliculaires ; et, d'autre part, l'urétrotomie externe et la prostatectomie totale qui, en supprimant les obstacles périphériques, rendent aux organes leur souplesse et leur calibre.

MÉDECINE PRATIQUE

La médication purgative.

La médication purgative est sans contredit la plus employee et la plus importante de la thérapeutique ; il y a longtemps que les médecins ont été traités de Purgons et de Diafoirus par Molière, et la purgation est tellement l'acte le plus ordinaire de la médecine que le mot « médecine » est synonyme de purge. Inutile donc d'insister davantage pour montrer l'importance de cet acte thérapeutique et pour en faire ressortir la fréquente application. Or, il en est de la médication purgative comme de toutes les autres, il faut bien savoir l'appliquer. M. le Dr Capitan a consacré dans la *Médecine Moderne* un article très détaillé à cette médication, et *tout en ne nous montrant pas aussi rigoureux que lui pour les doses usuelles*, nous suivrons ses conseils en ce qui concerne l'application des règles essentielles à retenir.

I

LES PURGATIFS. CLASSIFICATION.

Les médicaments purgatifs se divisent en trois catégories :

1° LES DRASTIQUES ; 2° LES HUILES ; 3° LES SELS MINÉRAUX.

1° Les *Drastiques* comprennent : l'ALOÈS, la COLOQUINTE, l'ELLÉBORE, le JALAP, la SCAMMONÉE, la GOMME-GUTTE, le TARTRE STIBIÉ, l'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

2° Les *Huiles purgatives* sont : l'HUILE D'OLIVES, l'HUILE D'AMANDES DOUCES, l'HUILE DE RICIN.

3° Les *Sels minéraux purgatifs* sont : les SULFATES DE SOUDE ET DE MAGNÉSIE, les TARTRATES, les CITRATES DE SOUDE ET DE MAGNÉSIE, le CALOMEL A LA VAPEUR, la MAGNÉSIE CALCINÉE, les différentes eaux minérales naturelles et artificielles.

Les indications de ces différents purgatifs sont extrêmement variées :

Chez les enfants, il ne faut jamais employer les drastiques : chez les femmes enceintes, même abstention obligatoire ; chez les vieillards affaiblis, les drastiques sont également dangereux.

Les meilleurs purgatifs sont les huiles, à condition d'être administrées bien à jeun et dans le repos le plus complet. Les sels minéraux sont sans danger généralement, mais ils ont le grave inconvénient de constiper à leur suite et de nécessiter une ou plusieurs récidives purgatives.

Il faut administrer les purges, de préférence, au moment où l'état saburral de la langue indique l'encombrement du tube digestif ; car il n'est pas seulement indifférent de donner une purge à toute époque, sans discernement. Quand on peut choisir, le mieux est de faire prendre les purgatifs aux saisons intermédiaires, printemps ou automne. Au début de toutes les maladies aiguës, sauf la rougeole, les purgations rendent les plus grands services, surtout les purges salines ; elles agissent comme antiseptiques intestinaux. Au cours et au déclin des maladies aiguës, les purgatifs ne sont indiqués qu'en cas d'état saburral persistant des voies digestives.

Dans les maladies chroniques, les purges huileuses sont préférables ; mais à condition de ne pas être trop rapprochées.

Les drastiques sont réservés aux cas de pléthore sanguine et d'hydropisies cardiaques, hépatiques ou brightiques.

Il est très important de retenir que l'action d'un même purgatif, à des doses absolument semblables, peut parfaitement différer sur un même sujet, selon les dispositions variées où ce sujet se trouve ; il est souvent difficile de se rendre compte des véritables raisons de ces différences.

II

DOSE DES PURGATIFS.

M. Capitan déclare que les doses habituellement employées sont beaucoup trop fortes : « La plupart des médecins, dit-il, ne paraissent pas savoir un mot de la posologie des purgatifs qu'ils administrent *larga manu*, convaincus que c'est là une bonne et la seule bonne manière.

« Vous voulez du sulfate de soude? Parfait; prenez-en 30, 40, 60 grammes ; vous préférez l'eau-de-vie allemande, 15, 20, 30 gr. ; et allez donc, excellent praticien. Vous êtes satisfait et pourtant vous avez fait de la mauvaise et inutile besogne de thérapeute maladroit... voire même nuisible ; 30 grammes d'eau-de-vie allemande, 20 grammes même, peuvent parfaitement bien déterminer des accidents graves, comme nous allons le voir.

« C'est donc en pleine connaissance de cause et avec l'expérience d'un vieux et consommé thérapeute que le professeur Soulier, de Lyon, vient de protester contre l'élévation des doses des purgatifs. Rien n'est plus exact. Quelques exemples d'observation banale vont nous permettre de le démontrer.

« Prenons le plus simple, le plus bête des purgatifs intestinaux, le grand dialyseur de liquide intestinal : le sulfate de soude. Les doses constamment prescrites sont de 30 à 60 grammes. Or, il n'est pas absolument rare avec ces doses-là de produire une belle et bonne entérite et d'amener la production et l'élimination de membranes souvent sanguinolentes, tandis qu'une dose de 10 gr. suffit parfaitement le plus souvent à purger sans déterminer aucun incident fâcheux, si on sait la faire prendre bien à jeun, le matin, en la diluant dans pas mal d'eau, en faisant boire une bonne dose d'infusion ensuite. On peut même ajouter des boissons un peu acidulées et l'effet sera meilleur encore. On sait aussi qu'il suffit d'une dose plus petite et que, comme l'enseigne depuis longtemps M. Alb. Robin, un gr. de sulfate de soude dissous dans de l'eau distillée bouillie et injectée sous la peau suffit parfaitement pour produire un effet purgatif très marqué.

« Prenons un autre purgatif, l'eau-de-vie allemande. Non seulement, comme nous le disions à l'instant, les doses ordinairement prescrites de 10 à 30 grammes sont inutiles le plus souvent, elles sont même dangereuses. Je me souviens d'avoir vu jadis une vieille femme d'une soixantaine d'années, cardiaque, avec gros foie qui, suivant le conseil de son médecin, prit 30 grammes d'eau-de-vie allemande et, malgré une vraie diarrhée cholériforme, recommença quelques jours après. L'expérience fut concluante, car elle tomba dans le coma et succomba en quelques heures.

« Or, pour l'eau-de-vie allemande, une demi-cuillerée à café et au maximum une cuillerée à café entière, diluées dans un demi à un verre d'*eau sucrée*, suffisent pour produire un effet laxatif qui ne manque pour ainsi dire jamais et détermine ainsi deux ou trois selles bilieuses typiques. Une dose plus élevée est donc inutile. En général, tout au plus deux cuillerées à café pourraient être prescrites aux sujets très résistants. Or, deux cuillerées à café correspondent à environ 8 grammes. Donner une dose plus élevée d'eau-de-vie allemande est une faute thérapeutique. Ce peut être même une pratique nuisible, voire même dangereuse pour le malade. Et pourtant combien de médecins savent cela ? Certainement pas 1 sur 20.

« Et le calomel, en voici un purgatif dont on use et abuse étrangement. 50 centigr., 1 gramme constituent des doses couramment prescrites. Or, donner à un malade d'emblée, sans connaître sa susceptibilité, une dose de 1 gramme de calomel, est non seulement une grosse faute thérapeutique, ce peut être même l'exposer à de réels dangers d'intoxication.

« J'en ai observé un fait bien typique : une malade à laquelle j'avais prescrit des cachets de 0 gr. 25 de calomel, en ayant pris un qui, d'après elle, n'avait pas produit assez d'effet, en reprit, de son propre chef, deux le lendemain matin. Elle détermina ainsi l'apparition d'une stomatite fort grave qui mit plus de trois semaines à guérir et la rendit extrêmement malade.

« Or, si on sait manier le calomel — comme purgatif s'entend, je ne parle pas de l'effet antiseptique intestinal ni diurétique — on peut l'administrer à la dose de 3 à 5 centig. Chez beaucoup de personnes, ces petites doses déterminent une ou deux selles, mais jamais aucun accident. Il faut avoir soin, dans ce cas, de l'administrer en cachet pris le matin à jeun en buvant pas mal de liquide. A la suite il est bon d'en boire encore, soit eau quelconque, soit infusion non tannique.

« Si cette dose ne suffit pas, 8 centigrammes et, au maximum 10, seront le plus souvent capables de déterminer un effet purgatif très satisfaisant avec émission abondante de bile. Sauf quelques cas rares où la grande tolérance du malade aura été éprouvée antérieurement, il ne faut jamais dépasser la dose de 0 gr. 20, et encore c'est un maximum, ainsi qu'on vient de le voir.

« Le calomel est un purgatif très dangereux, d'autant plus dangereux que ses effets sont très variables et qu'il est très facile à prendre et très aimé des personnes pusillanimes.

« M. le Dr *Leclerc*, de Saint-Lô, rapporte dans l'*Année médicale de Caen* une observation qui prouve qu'une dose réputée moyenne et modérée peut être très dangereuse.

« Il s'agit d'une femme de 48 ans qui, atteinte d'embarras gastro-intestinal, succomba cinq jours après avoir pris une dose de calomel de 0.90 centigrammes, présentant tous les symptômes d'un empoisonnement par le sublimé, stomatite intense, salivation, anurie, collapsus, etc.

« La première pensée qui vient à l'esprit en pareil cas c'est que cet empoisonnement est dû à un calomel impur. C'est d'ailleurs la conclusion de Montaldi, qui prétend que les accidents signalés en pareille occurence doivent être attribués à une impureté (*sublimé corrosif du calomel*).

« Cependant Pollack a rapporté (*Ther. Monatshefte*, février 1901) un cas d'intoxication grave dans laquelle le calomel était pur. A la suite de l'absorption de trente centigrammes de calomel, en trois prises espacées de deux en deux heures et accompagnées de deux verres de limonade, survinrent, chez une femme adulte, au bout de quelques heures, de violentes douleurs, de la soif, puis de la diarrhée dysentériforme et des vomissements.

« L'auteur s'est demandé s'il fallait incriminer l'absorption concomitante du calomel et de la limonade. La transformation du calomel à la température du corps humain, affirmée par Mialhe, a été mise en doute par Trasbot, Constantin-Paul, Delpech, qui ont prétendu que cette transformation, même en présence du chlorure de sodium, est presque nulle. C'est aussi l'avis de Montaldi. Il administre au chien du calomel par la sonde gastrique, puis fait ingérer concurremment de la limonade chlorhydrique, de la viande salée, de l'eau de laurier-cerise. Jamais on n'a observé de phénomènes cliniques d'empoisonnement par le sublimé non plus que les altérations caractéristiques de cet empoisonnement.

« A propos du fait dont il s'agit, M. le Clerc s'est livré à une enquête d'où il résulte :

« 1° Que le pharmacien a délivré lui-même le calomel cause de l'empoisonnement.

« 2° Que le flacon de calomel a été entamé il y a trois mois et qu'il est presque vide. Or aucun accident n'a été signalé dans la clientèle qui a employé ce calomel.

« 3° Que le calomel essayé n'a donné avec l'io-

dure de potassium aucune réaction, donc ce calomel était pur.

« Il est donc difficile de donner une explication plausible de ce fait ; M. Marais, à propos de ce cas, suppose que certains composés organiques sont susceptibles de former avec le calomel des sels solubles et de provoquer ainsi des accidents. » (*Journal de Championnière*).

Le calomel ne contre-indique pas autant qu'on l'a dit l'administration simultanée du sel marin (H. Marais) ; il est donc inutile d'accumuler les recommandations et les précautions excessives ; car l'estomac normal contient toujours une notable quantité de chlorures et d'acide chlorhydrique plus ou moins libre, qui pourraient réagir sur ce calomel, si cette réaction était si facile qu'on le dit généralement.

Terminons par un petit résumé de la pratique purgative chez les enfants, d'après M. le Dr Gillet (*Gaz. des mal. infantiles*).

Pour l'huile de ricin on aura recours à l'émulsion, soit :

	par année d'âge
Huile de ricin...........	2 grammes.
	pour une émulsion.
Mucilage de gomme adragante...................	q. s.

On peut aussi profiter de la propriété émulsive de la scammonée. substance aussi purgative, pour l'associer à l'huile de ricin.

	par année
Huile de ricin...........	2 gr. à 2 gr. 50
Poudre de scammonée...	0 gr. 04 à 0 gr. 06
Sucre vanillé............	5 gr.
Lait.....................	20 gr.

A donner le matin, à jeun.

On a ainsi une formule qui combine un purgatif doux à un drastique. L'huile de ricin atténue l'irritation de la scammonée, mais l'action générale de ce purgatif mixte en est rehaussée.

Un purgatif doux, purgatif d'enfants par excellence, c'est encore la manne. On la fait prendre dissoute dans l'eau mêlée à du lait :

	par année d'âge.
Manne en larmes de Sicile....	5 gr.
Eau bouillante.................	30 gr. environ.

Filtrez. — Donner le matin à jeun, dans une petite tasse de lait édulcoré avec du miel blanc ou dans tout autre liquide bien accepté par l'enfant, café léger (avec beaucoup de chicorée) par exemple. Peut être administré en lavement.

Pour l'usage de la magnésie, on a donné une formule où le sulfate de magnésie perd son amertume. On le dissout avec un peu d'eau aromatisée :

Sulfate de magnésie.......	5 grammes.
Eau distillée................	10 —
Essence de menthe poivrée..	1 goutte.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

Traitement de la rétention d'urine (1).

Le traitement de la rétention d'urine soulève de nombreuses difficultés et je dois dire que, sur bien des points, nous sommes encore à la recherche de procédés efficaces pour guérir l'homme de cette grave infirmité.

Il présente deux indications :

1° Traiter l'accident rétention, c'est-à-dire évacuer la vessie. Je vais insister surtout sur cette partie car, en raison de son urgence immédiate, elle passe pratiquement au premier plan.

2° Soigner la cause pour éviter, si possible, le retour des mêmes troubles morbides.

Appelé auprès d'un malade atteint de rétention, après avoir examiné la région hypogastrique et constaté la présence d'une tumeur offrant les caractères dont j'ai parlé dans ma dernière leçon (1), la seule chose à faire est de sonder la vessie et de donner issue à l'urine.

Il existe un certain nombre d'instruments et de procédés pour pratiquer le cathétérisme évacuateur du réservoir vésical. On peut se servir de sondes molles, en caoutchouc et en gomme, ou de sondes métalliques. Pour ma part, chez un homme, dont je ne connais pas le canal, je préfère employer d'emblée une sonde en métal de calibre ordinaire.

Très facile dans les cas simples, le cathétérisme de l'urèthre et de la vessie est, par contre, extrêmement difficile dans les cas compliqués. Il constitue alors à la fois une des choses les plus délicates et les plus importantes de la chirurgie puisqu'elle tient souvent sous sa dépendance la vie du malade. Vous rencontrerez tous, certainement, des exemples de ce genre dans votre carrière et ils vous embarrasseraient singulièrement si vous n'aviez pas adopté d'avance une ligne de conduite.

Au point de vue qui nous intéresse, le canal de l'urèthre se compose de deux parties. La première (urèthre spongieux, de la verge) est mobile et se prête toujours sans résistance aux manœuvres du cathétérisme. La seconde (urèthre membraneux et prostatique), fixe, est le siège de toutes les fausses routes et de tous les arrêts de cette opération. Elle s'étend de l'angle prépubien au col vésical, décrit autour du pubis une courbe un peu variable suivant les sujets, mais approximativement représentée par la courbure des sondes métalliques ordinaires.

Dans le cathétérisme normal, les difficultés viennent de l'urèthre membraneux. Celui-ci sort, en effet, au milieu de l'aponévrose moyenne du périnée (appelée encore ligament de Carcassonne) qui relie le pubis à l'urèthre et constitue, à la paroi supérieure, un premier obstacle contre lequel la sonde peut buter. Au même niveau, à la paroi inférieure, l'urèthre membraneux présente un repli, une poche, juste en regard de la symphyse pubienne : c'est la dépression ou fossette du bulbe, second obstacle, plus important que le précédent, où les instruments viennent souvent s'engager.

Avant de commencer le cathétérisme, il faut

(1) Voyez *Concours médical* n° 35.

bien se pénétrer du trajet à parcourir, de la courbe à concavité antérieure, tournant autour du pubis, qu'il y a à franchir, avec les deux obstacles causes de fausses routes, en regard même de la symphyse.

Ceci établi, vous êtes prêt pour l'opération. Introduisez la sonde dans la portion spongieuse de l'urèthre en prenant la verge entre les doigts d'une façon quelconque. Vous arrivez ainsi aisément au niveau du bord inférieur de la symphyse pubienne ; engagez le bec de la sonde derrière celle-ci : vous êtes certains d'avoir pénétré dans l'urèthre membraneux lorsque l'instrument cesse d'être mobile et ne tourne plus entre les doigts. Ramenez alors le cathéter au parallélisme avec la paroi abdominale et, pour qu'il passe, faites un mouvement d'abaissement entre les deux cuisses, avec le plus de douceur possible : c'est au début de ce mouvement d'abaissement que la sonde peut venir buter en haut contre le ligament de Carcassonne et en bas dans la fossette du bulbe. Il convient de prendre garde, car si l'on force le passage, le bec de l'instrument déchire et traverse l'urèthre ; du sang s'écoule de la verge, et la fausse route, accident sérieux, est faite.

La douceur est le secret de ces différentes manœuvres. Le chirurgien doit diriger la sonde sans la pousser, sans surtout jamais exercer de violence. Si l'on sent de la résistance, il faut s'arrêter, retirer l'instrument et, suivant le siège de l'obstacle, le reporter en avant ou en arrière. De cette manière, le mouvement d'abaissement devient possible : on arrive enfin dans la vessie.

Tel est le cathétérisme normal avec ses deux difficultés, le ligament de Carcassonne et le cul-de-sac bulbaire dans lesquels les sondes et les bougies pénètrent fréquemment. Cette opération peut aussi être effectuée, dans les rétentions simples, avec des sondes en gomme ou en caoutchouc (sonde molle de Nélaton).

J'arrive maintenant au cathétérisme compliqué et difficile, source d'embarras nombreux pour le praticien. Je ne parlerai pas de certaines circonstances exceptionnelles, par exemple les rétentions par traumatismes de l'urèthre liées aux fractures du bassin, je n'envisagerai que les cas habituels, les plus communs, les rétentions d'urine dues à l'hypertrophie du lobe prostatique moyen et à la paralysie vésicale, si fréquentes chez les vieillards.

Vous êtes en face d'un homme âgé qui rentre dans cette catégorie de malades. Il n'urine pas. La situation est difficile, embarrassante ; mais, mis pour ainsi dire au pied du mur, vous devez agir sans retard, d'urgence.

Pour mener à bien un tel cathétérisme, il est indispensable d'en connaître les obstacles. Ceux-ci tiennent à la prostate hypertrophiée qui d'une part allonge l'urèthre et d'autre part déforme et modifie sa courbure, en haut. Je vous rappelle que, normalement, la prostate présente la forme d'un cœur de carte à jouer avec deux lobes, l'un droit, l'autre gauche. Tant qu'il en est ainsi, même lorsqu'il se produit une hypertrophie uni ou bilatérale, le col vésical continue à fonctionner. Malheureusement, il se développe parfois, chez l'homme d'âge avancé, un lobe pathologique médian, véritable hypertrophie du col à l'intérieur même de la vessie. Sur une coupe horizontale, on voit l'orifice circulaire du col vésical progressivement comblé par une masse partie du pôle postérieur; celle-ci, finalement, ne laisse comme lumière qu'un croissant à concavité postérieure. Sur une coupe verticale, on aperçoit la même masse, de forme pyramidale, prolongeant le col en haut et entrant dans la vessie. L'urèthre prostatique est ainsi continué par un canal nouveau intra-vésical, que la sonde doit parcourir pour arriver, à proprement parler, dans la vessie. Ce néo-canal forme avec l'urèthre fixe un angle droit ou obtus, ouvert en avant, nouvelle courbe à faire décrire à l'instrument évacuateur. En résumé, la portion prostatique de l'urèthre se trouve extrêmement allongée, sa courbure est modifiée par l'addition d'un nouveau canal terminal à angle droit, perpendiculaire à l'urèthre membraneux. Au moment de prendre en main le cathéter, chez un vieillard atteint de rétention, ayez cela présent à l'esprit et tâchez d'avoir mentalement, devant les yeux, la photographie de cette anatomie pathologique de l'urèthre.

Vous êtes donc appelé auprès d'un malade âgé, qui, depuis 24 ou 30 heures, n'a pas uriné. Il n'y a pas de miction par regorgement, ce qui permettrait à la rigueur d'attendre. Il faut intervenir, sinon la vessie va se rompre. Or, la sonde ordinaire est restée impuissante, elle ne réussit pas : comment doit-on procéder ?

On a construit pour ces cas-là des instruments spéciaux. Celui de Gelly, à grande courbure circulaire, à double coudure, reproduit assez bien la forme de l'urèthre des prostatiques. Il peut être utilisé. Mais, nous avons à notre disposition des cathéters plus simples, la sonde molle de Nélaton, en caoutchouc rouge, tout d'abord. Elle a le très grand mérite d'être absolument inoffensive et de ne pas pouvoir blesser le malade. Autrefois, alors que les services généraux de chirurgie recevaient les affections des voies urinaires, il nous arrivait souvent de soigner des patients chez lesquels des cathétérismes tentés en ville avaient été suivis de fausse route et de blessures du canal. Les médecins, à cette époque, n'usaient que de sondes en gomme, dures. De semblables accidents ne s'observent plus, depuis la sonde de Nélaton ; fort heureusement, d'ailleurs, car une fois la fausse route produite, il n'y a plus guère moyen d'arriver à évacuer l'urine par les voies naturelles, quelle que soit l'habileté de l'opérateur.

Avec la sonde molle de Nélaton, impossible de blesser l'urèthre. A la moindre résistance, elle cède et se plie. Cette propriété est une qualité négative, elle en a de positives. En prenant la verge de la main gauche et en poussant la sonde centimètre par centimètre, de la main droite, elle offre assez de rigidité pour pénétrer. Vous poussez jusqu'à ce que vous ayez la bonne fortune de voir l'urine s'écouler. On n'obtient pas toujours, il est vrai, ce résultat. Attendez-vous à observer le fait suivant : la sonde est introduite dans toute sa longueur, 34 ou 35 cm., et rien n'apparaît. Voici ce qui s'est passé : la sonde, arrivée sur le promontoire prostatique, au lieu de le franchir, bute contre lui, vous la poussez, elle revient. Chose bizarre, aujourd'hui vous réussissez à sonder le malade du premier coup et le lendemain toutes vos manœuvres sont infructueuses.

La sonde de Nélaton est donc un instrument

excellent par son innocuité absolue. Elle réussit assez souvent, mais peut échouer. Elle n'est pas bonne, non plus, comme sonde à demeure. Il arrive, effectivement, que la vessie se contracte, repousse le cathéter mou et le fait ressortir : dans certains cas, vous retrouvez le lendemain matin la sonde à demeure dans le lit de votre patient.

Le praticien doit nécessairement avoir d'autres instruments dans sa trousse. Vous avez échoué avec la sonde de Nélaton, que faire ? On peut employer la sonde de Gelly, dont je vous ai parlé, ou celle de Mercier, à béquille, avec bec perpendiculaire. Il y a mieux, cependant. Je me sers, personnellement, d'une sonde en gomme, à bout olivaire, assez grosse (les grosses passant aussi facilement que les petites), du n° 22 par exemple. J'utilise également un mandrin, en fil de fer flexible terminé par un anneau qui permet de guider l'instrument que j'introduis dans la sonde, celle-ci devenant de cette façon momentanément rigide. J'obtiens ainsi un double avantage : l'association du mandrin et du cathéter en gomme permet d'avoir une sonde rigide à laquelle on donne, extemporanément, la forme voulue ; on obtient, en outre, une excellente sonde à demeure, infiniment mieux tolérée que les sondes métalliques. Je donne au cathéter d'abord la courbure normale de l'uréthre, puis (deuxième courbure) je coude à angle droit la partie terminale.

Placez sous les fesses du malade un gros coussin pour relever fortement le siége. Il est nécessaire d'avoir beaucoup de place entre la verge et le plan du lit pour faire le mouvement d'abaissement. Introduisez la sonde comme pour le cathétérisme ordinaire, engagez et abaissez-la entre les cuisses. J'ai fait pas mal de cathétérismes dans ces conditions et je n'ai jamais échoué. Je ne dis pas que toujours j'ai réussi du premier coup, mais du moins je n'ai jamais quitté le malade sans avoir pu penétrer dans sa vessie. Le cathéter en gomme avec mandrin ainsi courbé est un moyen précieux. Si une première tentative reste infructueuse, on modifie la courbure de l'instrument ; une fois celui-ci dans le réservoir vésical, on retire le mandrin en le contournant, la sonde étant convenablement maintenue par la main gauche. Vous faites un lavage et fixez la sonde à demeure pendant 4, 5, 6, 8 jours, si elle est bien tolérée, le plus possible, en un mot.

Je suppose que toutes vos tentatives se soient terminées par un échec. Le malade, de plus, n'urine pas par regorgement. Il reste une autre ressource, la ponction de la vessie, intervention actuellement très bénigne grâce à la méthode aspiratrice de Dieulafoy. Je vous rappelle que le péritoine pariétal se réfléchit sur la vessie et forme un cul-de-sac à 5 centimétres au-dessus de la symphyse pubienne. Vous avez donc là, jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis, une surface où vous pouvez librement ponctionner.

Pour toute sûreté, appliquez l'aiguille à 2 centimétres du bord supérieur de l'os pubien.

La ponction vésicale n'est qu'un palliatif momentané. Lorsque les cathétérismes sont trés difficiles et la sonde à demeure impossible, il faudrait les répéter souvent. Contre ces cas, Poncet a proposé de faire une ouverture vésicale permanente, un uréthre sus-pubien. Il affirme que parfois cet urèthre artificiel peut, à la longue, devenir continent, de même que certains anus iliaques.

Le traitement de la rétention d'urine, dont il vient d'être question, n'est après tout qu'un palliatif. On a cherché plus. L'homme est ambitieux et le chirurgien est homme. On a voulu le curatif et on est entré alors dans des voies extraordinaires. J'ai été très étonné de voir proposer le traitement des hypertrophies prostatiques par la castration double. Les résultats ont été, paraît-il, étonnants ; toutefois, la méthode est... abandonnée ! Au Congrès de chirurgie, il y a 2 ou 3 ans, M. Guyon a parlé dans le même but de la résection des canaux déférents. Bottini, de Pavie, a proposé également un procédé qui a joui d'une certaine vogue, la prostatotomie électrolytique. Enfin, on est allé beaucoup plus loin encore, on a préconisé la prostatectomie, c'est-à-dire l'ablation pure et simple, de la prostate.

Je vous engage, avant de vous lancer dans cette voie, à attendre de plus amples renseignements d'autant que, grâce au traitement indiqué tout à l'heure contre les accidents de rétention, vous verrez, 98 ou 99 fois sur 100, avec un régime convenable, les troubles diminuer et en grande partie disparaître. Peut-être le malade sera-t-il obligé de se sonder. Il emportera, voilà tout, sa sonde de Nélaton dans sa poche. Vous lui apprendrez à s'en servir proprement, vous lui recommanderez d'éviter les courses en voitures mal suspendues et les écarts de régime et, avec quelques lavages de la vessie, le plus souvent tout ira bien. Votre malade vivra ainsi tranquillement sans avoir besoin de se soumettre à des opérations importantes, sinon sérieuses, dont les résultats ne répondent pas toujours, peut-être, aux inconvénients.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

PRATIQUE MÉDICALE

Le mariage et les maladies vénériennes.

C'est là une question qui tout récemment encore vient d'être traitée par Fournier et Jullien avec une compétence particulière ; cependant il n'est pas inutile, dit le Professeur Lesser (*Berlin. Klin. Woch.* juin 1902), de revenir sur un sujet aussi délicat qu'important.

Les trois affections vénériennes sont la blennorrhagie, le chancre mou et la syphilis. Nous laisserons de côté le chancre mou, qui ne constitue pas, d'une manière générale, une maladie dangereuse ; celui-ci guérit, en effet, rapidement, sans laisser de traces.

Abordons en premier lieu la question de la *blennorrhagie*. C'est là une affection éminemment dangereuse pour la femme, il faut bien le reconnaître, sans être toutefois aussi pessimiste que Nöggerath. Elle peut déterminer pour celle-ci une infection chronique, une vie passée sur une chaise longue, quelquefois même la mort. Souventelle occasionne la stérilité, qui apparaît aussitôt, ou tout au moins aprés les premières couches. Ce dernier phénomène pourrait sembler assez étrange, mais il trouve son explication dans ce fait que la grossesse et l'accouchement permettent aux germes pathogènes d'envahir les

organes génitaux internes. Il est donc pour le médecin un devoir des plus importants, qui consiste à éviter cette contagion dans le mariage.

Nous connaissons suffisamment le gonocoque pour qu'il soit inutile d'insister sur ses caractères morphologiques et biologiques. Au premier abord, il pourrait sembler suffisant, pour éviter des contagions matrimoniales, de déceler ou non la présence de ce microorganisme pathogène : en réalité, la question est plus complexe. On peut reconnaître facilement le microbe de Neisser ; mais il est plus difficile de savoir si une blennorrhagie autrefois contagieuse est complètement guérie, et si l'on peut permettre le mariage.

Pour examiner cette question d'une façon aussi complète que possible, il est nécessaire de diviser les différents cas en trois groupes principaux.

1°) Voici d'abord un client, qui, ayant souffert autrefois de la blennorrhagie, n'est pas encore fiancé, mais serait désireux de se marier. Si nous décelons chez lui du gonocoque, nous lui déconseillerons le mariage jusqu'à guérison complète. Mais si plusieurs examens ne peuvent vous révéler le microbe pathogène, si les lèvres du méat urinaire ne sont jamais agglutinées, et ne présentent aucune sécrétion, si enfin dans les urines ne se trouvent pas de filaments, mais seulement de petits fils muqueux. ne renfermant que quelques cellules épithéliales, et de rares leucocytes, nous pourrons donner notre consentement médical. En pareil cas, il s'agit presque toujours d'une chaudepisse, qui s'est développée quelques années auparavant, et a présenté une évolution rapide vers la guérison.

D'autres cas peuvent être plus délicats à trancher. On trouve dans les urines des filaments, renfermant des leucocytes en plus ou moins grande quantité ; les lèvres du méat urinaire sont assez souvent agglutinées, et laissent apercevoir une légère sécrétion. Cette situation est généralement déterminée par l'évolution successive de plusieurs blennorrhagies ; peut-être s'agit-il d'infections répétées, ou d'exacerbations successives d'un processus morbide non guéri. Il faut alors se livrer à de nombreux examens microscopiques. Réussit-on à trouver du gonocoque, la solution du problème se pose d'elle-même. Mais il arrive assez souvent que les recherches restent infructueuses ; disons toutefois que la nature gonococcique des bactéries contenues dans la sécrétion est souvent délicate à déterminer ; on trouve, en effet, des cocci, qui se distinguent difficilement des véritables gonocoques, par suite de leur situation analogue dans les cellules de la muqueuse, de leur morphologie, et même de leurs propriétés tinctoriales ; la coloration du Gram est même parfois impuissante à lever les doutes. Il faut alors recourir aux cultures, qui permettent de poser les conclusions les plus sûres. — Parfois, aussi, certaines irritations mécaniques ou bien thérapeutiques du canal (argentamine ou quelqu'autre sel d'argent) amènent à la découverte du gonocoque.

Au moyen de l'endocospe ou de la bougie à boule, nous pouvons être renseignés sur l'étendue et sur le siège des lésions urétrales.

Si, malgré tout, la découverte du gonocoque est impossible, il faut chercher à guérir les vestiges de la blennorrhagie : ce qui n'est pas toujours chose facile.

Quand des filaments urinaires persistent, en dépit de tout traitement, quelle est la méthode à suivre ? On devra examiner soigneusement la prostate, voir si les filaments renferment peu de leucocytes ; en admettant alors que depuis quelques années le client n'ait éprouvé aucune manifestation gonorrhéique, aucune exacerbation, on lui permettra le mariage. Mais il n'en sera pas de même si les filaments ont encore des caractères de purulence, et si, tout récemment, il s'est produit une infection nouvelle ou une exacerbation de la maladie. Ce sont là des situations très délicates à examiner pour un médecin ; il est souvent plus facile de se prononcer sur l'état d'un syphilitique.

L'épididymite double est souvent une cause de stérilité, mais, pour être un obstacle au mariage elle doit être liée à l'azospermie.

2°) Plus difficile est le cas du client déjà fiancé, qui vient consulter son médecin. En présence d'une gonorrhée chronique avec gonocoques, il faut s'opposer au mariage. Quant au terme de la guérison, c'est là une chose impossible à préciser. Ricord dit, en effet, avec justesse : on sait toujours quand une blennorrhagie débute, personne ne peut déterminer à l'avance le jour de sa guérison !

3°) La blennorrhagie est contractée après le mariage ; il faut alors s'efforcer de la guérir le plus rapidement possible.

On se basera sur les mêmes principes, quand il s'agira d'une femme infectée par le gonocoque ; mais le problème sera encore plus compliqué en raison des nombreuses complications que peut présenter chez elle cette affection.

Nous en arrivons à la *syphilis*, maladie beaucoup plus dangereuse que la blennorrhagie, car elle peut, par le mariage, atteindre non seulement la femme, mais encore sa postérité. La blennorrhagie est une maladie aiguë, susceptible de guérir rapidement : la syphilis, au contraire, chronique de sa nature, reste dangereuse de longues années durant. Lesser accuse, à tort croyons-nous, le pessimisme des médecins français, car il interprète mal leurs idées ; la syphilis, en effet, ne doit pas entraîner comme conséquence forcée le célibat. Cette affection peut guérir au bout d'un certain temps, et ne plus être un danger pour la femme et les enfants. Il suffit de fixer la durée de ce laps de temps.

Chez l'homme, dit Lesser, la contagion pour la femme et les enfants reste l'apanage de la période secondaire ; ainsi donc, une fois le chancre guéri, les trois premières années qui suivent l'infection, sont dangereuses. C'est d'ailleurs une durée approximative, car rien n'est plus variable que l'évolution de la syphilis. Parfois, l'homme procrée des enfants sains, avant même la disparition des symptômes secondaires. Dans d'autres cas, la période contagieuse présente une durée plus longue. D'une façon générale, on ne peut permettre le mariage que cinq ans après l'infection ; c'est là une moyenne, car, s'il ne s'est pas produit d'accidents, on peut réduire à trois années cette période. Toujours est-il qu'il faudra faire intervenir dans sa décision la valeur et la durée du traitement suivi.

Examinons à présent quelques cas particuliers :

1° Le client vient consulter son médecin avant les fiançailles. On lui conseillera d'attendre que cinq années soient écoulées depuis son accident primitif, et de suivre un traitement antisyphilitique. Lesser se demande si la prévision de manifestations tertiaires des organes : syphilis cérébrale, tabes au début, démence, artério-sclérose, etc., ne serait pas suffisante pour déconseiller le mariage d'une façon générale. Quoi de plus triste, en effet, que de voir, après quelques années de vie conjugale, un homme pris de démence, laisser femme et enfants sans ressources? Cependant, tous les syphilitiques ne présentent heureusement pas ces manifestations, et peut-être serait-il plus déplorable d'empêcher tous les syphilitiques de se marier, que de risquer ces accidents pour quelques-uns d'entre eux. L'abstention s'imposera en présence de lésions accentuées du cerveau ou du testicule.

2° Si les fiançailles ont eu lieu, le médecin conseillera au malade syphilitique de rompre aussitôt que possible ses relations. On pourrait bien remettre le mariage à une date indéterminée, mais la fixation de cette date pourrait entraîner quelques difficultés, et surtout le client risquerait de contaminer sa fiancée par des baisers.

3° Quand une syphilis est contractée après le mariage, il est presque impossible d'éviter la contagion, car cette affection, dit l'auteur, se partage dans le mariage comme le pain quotidien.

Dr Georges.

MÉDECINE LÉGALE

Un magistrat qui ne se croit pas assez éclairé !

M. Maxwell, avocat général à Bordeaux, avait déjà soulevé dans le corps médical une ardente controverse quand il avait cherché à déterminer les limites de la responsabilité obstétricale dans un récent discours. A l'avant-dernier numéro, nous avons même reproduit les ultimes échos de cette discussion.

Ces jours-ci, il s'est rendu au congrès des aliénistes de Grenoble, et il y a tenu, sur une autre question, un langage qui fait honneur à sa conscience et devrait bien éveiller de semblables scrupules chez ses collègues de la magistrature debout.

Peut-être dira-t-on que le petit manuel qu'il réclame ne servira qu'à donner aux juges d'instruction présomptueux une fausse et dangereuse sécurité dans leurs conclusions. C'est possible pour quelques-uns, mais il nous semble cependant que, pour le plus grand nombre, il fera seulement ouvrir les yeux, et rendra les tribunaux moins réfractaires aux expertises et contre-expertises indispensables à qui veut éviter l'erreur.

Nous laissons la parole à ce scrupuleux qui ne joue pas avec la responsabilité, comme le font trop de ses confrères :

« Il y a des cas où je voudrais que le médecin fût toujours consulté. Ils concernent une catégorie de malades qui sont ordinairement plus dangereux pour eux-mêmes et pour leurs proches que pour la sécurité générale. Ils ne sont pas habituellement des impulsifs, capables de commettre de graves attentats contre les personnes. Les meurtres sont rares chez eux ; mais les outrages publics à la pudeur, les faux, les abus de confiance, les vols et toute une série d'infractions moins graves leur sont coutumières. Je veux parler des paralytiques généraux au début de leur maladie.

« Il arrive souvent aux juridictions répressives d'avoir à juger des hommes de vingt-cinq à cinquante ans qui ont eu, jusqu'au délit poursuivi, une excellente conduite. Brusquement, un de ces hommes commet quelque acte immoral punissable, quelques larcins stupides, quelques faux grossiers : il comparaît devant le juge d'instruction d'abord, devant les juges ensuite. Les preuves de sa culpabilité ne sont même pas dissimulées ; il ne témoigne qu'un repentir insuffisant ; il fait même quelquefois une détestable impression par l'attitude indifférente qu'il conserve. Il s'intéresse plus aux menus incidents de l'audience qu'à sa situation propre, il paraît être un spectateur plutôt qu'un acteur du drame judiciaire qui se passe.

« Si elle est trop marquée, cette indifférence peut frapper l'esprit des magistrats, car ils ont trop d'expérience pour ne pas avoir alors quelques soupçons d'un trouble mental ; mais souvent ces troubles ne sont qu'ébauchés. Il faudrait l'œil d'un aliéniste pour les apercevoir ; le magistrat, dont ce n'est pas l'affaire, n'y saurait rien découvrir; il est tenté, au contraire, de voir du cynisme dans l'indifférence du coupable. Ses soupçons seront d'autant moins éveillés que souvent l'escroquerie, le vol, l'abus de confiance ou le faux, paraîtront déterminés par le besoin d'argent du coupable dont les affaires seront embarrassées ou dont les dépenses auront été exagérées ; le mobile de l'infraction serait manifeste. Le prévenu sera condamné et l'on enverra dans une prison un individu qu'on aurait dû mettre dans un asile.

« Je souhaite donc que juristes et médecins légistes s'entendent pour insister sur la nécessité d'une observation médicale sérieuse de tous les prévenus qui comparaissent pour la première fois devant la justice après une longue vie d'honnêteté antérieure. Je suis persuadé que l'expérience personnelle des médecins légistes est conforme à la mienne : dans la catégorie des condamnés dont je m'occupe, il y a une très forte proportion de paralytiques généraux.

« Je reconnais cependant qu'il est difficile de déterminer des juges à consentir aux dépenses d'un examen médical, toujours long, toutes les fois qu'ils se trouveront en présence d'un prévenu de vingt-cinq à cinquante ans sans antécédents judiciaires. Il faut donc leur donner des indications sommaires leur permettant de découvrir, dans les circonstances de l'infraction et dans l'interrogatoire du prévenu, les signes d'un trouble mental possible. Il me semble que le Congrès ferait une œuvre utile et pratique s'il pouvait donner la sanction de son autorité à l'établissement de règles simples, élémentaires, que chaque juge d'instruction devrait connaître.

« Peut-on établir ces règles ? Il me semble que oui. Je crois en effet que le juge devrait soumettre le prévenu à un examen médical, toutes les fois qu'il se trouverait en présence d'un individu de l'âge indiqué s'étant toujours bien

conduit antérieurement et qu'il constaterait en outre :

1° Que le prévenu a tardivement manifesté des idées d'ambition ou de fortune, des goûts de dépenses ou de spéculation ;

2° Qu'il a commis l'infraction maladroitement, sans dissimuler, par exemple, les objets volés, sans prendre les précautions dont un délinquant a, d'ordinaire, le soin de s'entourer pour cacher sa faute ;

3° Qu'il témoigne une indifférence inexplicable chez un délinquant poursuivi pour la première fois ;

4° Qu'il marque des troubles quelconques de la mémoire.

J'insisterais volontiers sur cette dernière circonstance. Je pense que nous avons dans l'état de la mémoire un réactif d'une très grande sensibilité, réactif qu'un juge d'instruction peut commodément employer.

Ce magistrat devra donc se rendre un compte sommaire de la nature des souvenirs du prévenu, et rechercher si celui-ci a : 1° de l'amnésie ou de la dysmnésie des faits récents contrastant avec un souvenir bien complet des faits passés depuis longtemps ; fréquemment, le malade, même à la période paralytique, ne pourra pas indiquer le quantième du mois et le jour de la semaine. Il ne saura pas ce qu'il a mangé à son déjeuner du matin et à son dîner de la veille. Il aura oublié les courses faites, les affaires traitées dans les dernières journées.

2° Si, en écrivant, il oublie des lettres ou des syllabes, ou fait des fautes d'orthographe qui ne lui étaient pas coutumières.

3° S'il fait des erreurs de calcul grossières : par exemple dans la table de multiplication. Il conviendrait que le juge ne se contentât pas d'une simple question, mais demandât au prévenu une série de calculs simples, comme de réciter la table de Pythagore ; la fatigue mentale se manifeste chez le malade au bout de quelques instants, et les erreurs apparaissent aussitôt.

4° Enfin, si la conception des idées abstraites est intacte. Je reconnais que sur ce point l'examen est toujours difficile et rarement possible, à moins qu'on n'ait à faire à un prévenu ayant reçu une certaine instruction et auquel on pourra demander quelques notions générales.

Il est bien entendu que je me borne là à exprimer un vœu ; si le Congrès s'y associe, il resterait à confier à des hommes plus compétents que moi le soin de formuler avec plus d'exactitude et de précision que je n'ai pu le faire les trois ou quatre règles simples, élémentaires, faciles à expliquer, à l'aide desquelles le juge d'instruction pourrait rapidement jauger l'état mental du prévenu. Il est évident que ces règles ne peuvent être qu'indicatrices, elles auraient cependant l'avantage de permettre aux magistrats de se rendre approximativement compte de la nécessité d'une expertise. L'avocat, d'ailleurs, devrait connaître ces règles élémentaires.

Je demande donc aux membres du Congrès de commencer ce petit livre élémentaire dont je parle, et que tout magistrat, tout juge d'instruction surtout, devrait connaître aussi bien que son Code civil. Combien d'erreurs judiciaires seraient ainsi évitées et combien de paralytiques généraux, irresponsables, échapperaient à des condamnations imméritées. Mais, pour être utile, ce petit livre devrait exprimer l'opinion générale des principaux aliénistes.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Ligue scolaire des médecins et des familles.

Après les études de MM. Trolard (d'Alger) et Oudaille (de Fresnoy-le-Grand) que nous avons publiées dernièrement, il est intéressant de fournir à la *Ligue Mathieu-Le Gendre* les deux documents suivants.

L'un est une simple analyse d'une communication récente au Congrès de Montauban pour l'avancement des sciences : l'autre donne l'avis très autorisé d'un médecin, grand ami de l'Université, qui apporte son appui à des propositions déjà plus ou moins nettement formulées.

Les Lycées climatiques.

M. le Dr Festal, d'Arcachon, a soumis à la section d'hygiène du congrès de Montauban une étude qui se termine par les conclusions que voici :

« Les lycées climatiques, situés en air pur, dans un climat salubre, à la campagne ou au bord de la mer, offriraient sur les lycées actuels, vastes bâtisses où s'entassent les enfants au centre des agglomérations urbaines, les avantages suivants :

1° Faciliter le développement physique des enfants à cette période critique de la croissance, qui est justement celle où l'on exige d'eux le plus grand effort intellectuel.

2° Mettre à leur disposition et à peu de frais d'immenses champs de récréation où les libres exercices de plein air deviendraient la règle.

3° Attirer, grâce à leur conception hygiénique, les internes, et contribuer à faire cesser le discrédit qui, dans l'état actuel des choses, pèse justement sur l'internat des lycées.

4° Certains de ces établissements recevant de par leur situation géographique des élèves étrangers, un contact quotidien avec nos enfants développerait en eux des aspirations colonisatrices. »

La section d'hygiène a voté pleinement ces conclusions en les confirmant par les vœux suivants:

« Que l'Etat, chaque fois qu'il y aura lieu pour lui de créer un nouveau lycée, en choisisse l'emplacement en dehors des agglomérations urbaines, de préférence au bord de la mer, et adopte pour sa construction le système des pavillons isolés, avec de grands espaces destinés aux jeux des élèves ;

« Qu'il soit constitué dans tous les lycées et collèges une Commission composée de l'architecte, d'un administrateur et du médecin, pour visiter au moins une fois par an les locaux, proposer les améliorations nécessaires et en surveiller l'exécution ;

« Que tout projet de construction nouvelle ou de modification soit soumis au préalable à l'approbation du Conseil départemental d'hygiène ;

« Enfin, que les architectes, dans la construction de tous les établissements scolaires, s'inspirent, mieux qu'il ne l'ont fait jusqu'ici, des progrès considérables accomplis par le génie sanitaire. »

Le médecin dans les lycées et collèges de France,

Par le Dr Rousseau-Saint-Philippe,

Président de l'Association des anciens élèves du Lycée de Bordeaux.

L'éducation nationale est une de ces questions qui préoccupent et, à juste titre, passionnent tous ceux qui pensent et qui ont au cœur l'amour de leur pays. C'est aussi l'un des plus gros problèmes qu'il soit donné de résoudre, l'un des plus ardus, l'un des plus délicats. Après les ministres et le Conseil supérieur, le Parlement s'y est essayé. Puis les écrivains. Puis la Presse. Puis des groupes de citoyens. Puis enfin les citoyens eux-mêmes, isolément, *et adhuc sub judice lis est !* On sent très bien que, malgré tous les efforts tentés, malgré les très grands et réels progrès réalisés, on est encore loin du but, qui est de former des générations bien trempées pour la vie, au physique comme au moral, de faire des hommes et des citoyens, non des mannequins gonflés de savoir et d'orgueil, mais vides de forces et de sens pratique.

Ce n'est pas qu'on ne remanie sans cesse l'économie des programmes et les programmes eux-mêmes, pour les mieux harmoniser aux aspirations qui se font jour. Cette année encore, à l'ouverture des classes, on va mettre à l'essai les réformes réalisées par l'avant-dernier ministre de l'Instruction publique en conséquence de l'enquête menée par la Commission parlementaire que présida M. Ribot. C'est un pas de plus. Mais, en vérité, sont-ce les méthodes qu'il faut constamment changer, ou n'est-ce pas plutôt la méthode qu'il faudrait refaire ?

N'avons-nous pas tous, anciens élèves des lycées et collèges, cette impression très nette que l'on nous a enseigné un fatras de connaissances lourdes, indigestes, inutiles, alors qu'on négligeait de nous apprendre ce qui nous aurait tant servi plus tard ; qu'on a gaspillé, ou du moins éparpillé nos moyens et surchargé notre cerveau, au point de le fatiguer ; qu'on n'a pas assez pris garde à notre santé, qui périclitait tout doucement pendant ce temps-là ; qu'on a trop soigné notre instruction et pas assez notre éducation, et par éducation qu'on entende non pas, comme le disent plaisamment quelques railleurs, l'art de saluer élégamment dans le monde ou de s'enlever avec grâce sur des barres parallèles ou des trapèzes volants, mais au contraire l'art de vivre et de se conduire en société, la mise en pratique des données de l'instruction, la morale étant prise pour base.

Quand on dit timidement quelques-unes de ces choses aux grands chefs de l'Université, les uns sourient, les autres s'irritent, comme si, en pareille matière, des profanes pouvaient être pris pour juges. Mais oui, justement ! Parce qu'ils ont été parties. Et surtout parce qu'ils n'ont pas de parti pris, qu'ils sont sincères, que leur avis est loyal, qu'il est donné dans l'intérêt de la maison, d'une maison qui est la leur, après tout. A ces chefs éminents et respectés, dignes de toute notre sympathie et de notre admiration, nous demandons de regarder et d'écouter non pas seulement ce qui se dit et se fait à l'intérieur, mais ce qui vient aussi du dehors ; de prêter l'oreille à la voix populaire, cet écho fréquent de justice et de sagesse.

Qu'on le veuille ou non, l'hygiène, c'est-à-dire la science, sera demain la maîtresse du monde. C'est le devoir des nations, des cités, des familles, de veiller, dans un cercle de plus en plus étroit, à la conservation, au développement, à l'amélioration de l'espèce. D'autre part, le rayonnement des découvertes et des théories de Pasteur, la doctrine des maladies évitables, en élevant la médecine prophylactique au niveau d'une science sociale, appelle l'homme de l'art au gouvernement des sociétés. Les médecins sont des éducateurs désignés! Ils président à l'élevage de l'enfant, ils doivent coopérer à son éducation. Puériculture, viriculture, devront être au premier plan de leur rôle humanitaire et national.

Il convient donc d'associer le médecin, dans une part raisonnable, à la direction des grands établissements d'enseignement, là où se trouvent réunis beaucoup d'enfants, beaucoup de jeunes gens, ce que le poète nomme la nation en fleurs.

Mais me direz-vous, il y a des médecins dans les lycées, et des meilleurs, et même la place est très recherchée, très courue. J'entends bien ; aussi, ce n'est pas ce que je veux dire. Je sais qu'il y a un médecin qui vient tous les jours ou tous les deux jours faire sa visite à l'infirmerie du lycée. Là, on lui montre des indispositions, des embarras gastriques, des indigestions, surtout le lendemain des congés, et il a — besogne pas toujours commode — à distinguer les vrais des faux malades, des *carottiers* que la composition effraye. Que si, d'aventure, un cas grave se présente, à l'odeur de la poudre le chasseur se réveille, et j'en sais qui déploient à soigner ce client d'occasion le plus admirable dévouement. Nous savons tout cela, et aussi que le Corps médical ne boude pas devant son devoir, qu'il l'outrepasse même souvent.

Mais sur l'hygiène physique et morale des élèves, sur l'hygiène préventive, consulte-t-on le médecin du collège ? Jamais ou pour ainsi dire. Voilà bien où le bât me blesse, et je rêve pour le confrère chargé de si graves intérêts une mission autrement importante, autrement honorable et vraiment digne de tenter son courage.

La *Ligue des médecins et des pères de famille* qui vient de se former à Paris, le Congrès des Associations d'anciens élèves qui vient de tenir ses assises à Marseille, sont unanimes à réclamer l'amélioration des conditions dans lesquelles sont maintenus pendant de longues années les élèves des écoles et particulièrement ceux des établissements d'enseignement secondaire. Dans le même diapason, ici et là, on signale comme un danger public le mépris des préceptes de l'hygiène et l'oubli des nécessités du développement physique dans l'éducation des enfants et des jeunes gens. Sans rien pousser au noir, on peut considérer comme fondamentaux les principes suivants :

1° Il est indispensable de donner à la vie au grand air et aux exercices physiques, *sagement mesurés*, toute l'importance que réclame l'hygiène d'enfants et de jeunes gens en voie de développement;

2° Il est indispensable que les programmes des études et des examens de sortie ne soient pas trop chargés et empêchent l'éparpillement des efforts intellectuels ;

3° Les méthodes d'enseignement doivent se proposer beaucoup plus d'exercer la réflexion et le jugement que de surcharger la mémoire ;

4° Il doit être tenu compte, dans la mesure du possible, de l'individualité physique et cérébrale des élèves, et pour cela il importe de limiter leur nombre dans chaque classe.

Qui donc mieux que le médecin est apte à donner à tous ces égards de bons, de précieux conseils ?

L'erreur primordiale consiste à appliquer à *tous* les élèves des règles *générales*, applicables à des individus physiologiques, normaux. Or, l'expérience démontre, ainsi que l'a merveilleusement indiqué le Dr Paul Le Gendre dans son travail sur la *Dyspepsie des collégiens*, qu'il y a une forte, une trop forte minorité, qui n'appartient déjà plus à la physiologie, mais qui ressortit à la pathologie, à la clinique, à la thérapeutique, soit qu'il s'agisse de cérébralité, soit qu'il soit question des fonctions physiques. Il n'est pas logique de traiter des enfants porteurs de tares mentales, atteints de troubles digestifs, ou présentant de la nutrition retardante, comme des sujets sains et de tous points vigoureux, et par conséquent de leur infliger les mêmes exercices intellectuels, la même diététique, la même alimentation, le même régime général. N'appartiendrait-il pas aux maîtres, dont l'attention serait spécialement attirée sur ces points, de signaler ces anormaux, ces délicats et ces débiles au médecin du lycée qui, après conférence avec la famille et le médecin de cette famille, prendrait dans l'intérêt de l'enfant telle mesure qui paraîtrait convenable ? En voyons-nous de ces enfants qui, sous le coup d'un fatal aveuglement, traînent au collège une existence misérable pour devenir et rester dans la vie des fruits secs, ratatinés, comme avortés ! J'ai dans mon souvenir la plainte douloureuse d'un camarade de collège, garçon de grand esprit, très brillant élève, mais malade physiquement, et moralement qui a passé son existence à maudire le lycée où il était élevé, parce que, disait-il, il s'y était étiolé faute d'air, de repos et de bonne et suffisante nourriture. Il y avait un peu de vrai dans ces doléances, avec beaucoup d'exagération. C'est de trop qu'elles puissent sortir de la bouche d'un bon sujet : car, involontairement, on se prend à demander ce que doivent dire les autres !

Certes, depuis nos moustaches noires, les gens ont marché et le reste de même. Le temps n'est plus où l'on pouvait s'insurger contre les écoles-prisons, contre le manque de propreté ou contre la mauvaise alimentation des collégiens. De sérieuses modifications ont été apportées à l'état de choses ancien, qui véritablement en avait besoin.

Mais quel est celui qui oserait soutenir qu'on en est arrivé à la perfection, à son voisinage même ? J'avancerai plutôt, qu'ici comme ailleurs, la forêt empêche de voir les arbres. Le bâtiment d'une part, l'ensemble des enfants de l'autre, sont l'objet des préoccupations et de la sollicitude générales. Mais on ne descend pas dans le détail. On ne prend pas assez chaque enfant isolément pour le suivre tout le long de la route, sans l'abandonner, sans jamais le perdre de vue. La surveillance peut être discrète, sans être inopportune ou encombrante. C'est une question de tact.

Je voudrais que chaque enfant eût son dossier ou feuillet spécial pour sa santé. Comme mon distingué confrère Le Gendre, je souhaiterais que, lorsqu'un enfant est placé dans un établissement scolaire, la famille priât son médecin habituel d'entrer en relations avec le médecin du collège et de le mettre au courant du passé de cet enfant et des aptitudes morbides qu'il peut avoir de ce fait ou de par son hérédité. L'élève, ainsi examiné une première fois par le médecin du collège à son entrée, serait, même réputé bien portant, réexaminé périodiquement deux fois par an. Si un incident s'était produit dans sa santé pendant les vacances, on le mentionnerait, afin que le médecin jugeât s'il n'a pas besoin d'un « régime » spécial.

« Alors, c'est en un hôpital que vous voudriez transformer votre lycée », s'est écrié un haut fonctionnaire de l'Université devant qui j'émettais ces idées subversives. Et pourquoi pas ? En un hôpital de bien portants, si je puis m'exprimer ainsi, d'enfants et de jeunes hommes bien portants au physique comme au moral.

L'année dernière, — coïncidence curieuse, — à pareille époque, à la même date, à la même place, je faisais campagne en faveur de la création en France de maisons d'élevage, de pouponnières, pour les tout petits que leurs mères sont dans l'impossibilité absolue (cela se trouve, quoi qu'on en puisse dire) de nourrir et de garder chez elles. Je fais des vœux présentement pour que, dans nos maisons d'éducation, les enfants soient aussi bien, aussi complètement bien que possible. L'un vaut l'autre. Il faut que partout on agence les conditions d'hygiène et de salubrité, de manière que les enfants grandissant loin de leur nid, loin de l'aile maternelle, trouvent, du moins, dans les casernes de passage où la nécessité les a conduits, les soins attentifs et intelligents indispensables au développement normal de si tendres organismes.

C'est ainsi que cet « internat », si décrié de nos jours, si combattu, si fâcheux d'apparence, mais d'apparence seulement, car au fond — avouons-le — il a du bon, arrivera à se faire absoudre et accepter.

Que si on objecte la dépense, le surcroît de peines, de travail, de fatigue et de responsabilité, je répondrai qu'il ne faut pas se mêler d'une affaire si on ne la mène pas au but. Quand on a la prétention d'élever tous les petits Français, il faut être à la hauteur de la tâche ! Au demeurant, s'il fallait, au lieu d'un seul médecin assumant toute la besogne, *un Conseil d'hygiène scolaire*, je ne verrais aucun dommage à ce que ces Conseils fonctionnassent à Paris auprès du ministère de l'Instruction publique, et en province auprès des recteurs d'Académie. Il y aurait grand intérêt, d'autre part, à ce que les médecins des lycées se pénétrassent bien de la pathologie de l'écolier et du collégien, de leur prédisposition à des maladies dont l'évolution se fera ultérieurement. Le recrutement de ces praticiens pourrait être révisé, et leurs émoluments augmentés en raison de l'étendue de leurs fonctions. Enfin, je trouverais logique de les choisir parmi les pères de famille, parmi les anciens élèves, et plus particulièrement parmi les Associations d'anciens élèves, dont le rôle semble vouloir prendre une importance nouvelle, au grand avantage de l'enseignement lui-même.

C'est pour marquer d'un trait cette ère des réformes, qui semble vouloir s'accentuer, et pour souligner l'orientation qu'il faudrait donner à ces réformes que nous avons ecrit ceci, qui pourra ne pas plaire à tout le monde, mais qui a la prétention d'être de bonne foi et qui est inspiré par le vif et sincère amour que nous professons hautement pour l'Université de France.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

DEONTOLOGIE

Simples conclusions d'une thèse

Nous n'avons pu, faute d'espace, donner une suffisante analyse d'une thèse que présentait il y a quelques mois M. le Dr Lucien Rosenwald, membre du Concours médical. Mais nous nous ferions scrupule de différer davantage la publication de ses conclusions : alors même qu'elles resteraient à l'état de vœux, elles doivent trouver un écho dans une Société comme la nôtre. Les voici :

« Nous avons essayé dans ce petit travail de mettre en lumière les faits suivants :

« 1° Que la science est insuffisante à faire le médecin ; qu'à côté du bagage scientifique le plus lourd, il faut à celui qui se voue à la carrière si utile de soulager et de guérir ses semblables des qualités morales, aussi nécessaires que la science, qui marchent de pair avec elle quand elles ne la dépassent pas ;

« 2° Que ces éléments abstraits se trouvent le plus souvent au fond du cœur de l'homme, surtout pendant la jeunesse, où la moindre culture fait s'épanouir les idées généreuses, mais où elles peuvent souvent rester en quelque sorte enkystées dans le fond de ces cœurs naturellement généreux et nobles, si l'on n'a soin de les cultiver, non seulement par l'exemple et par quelques conseils disséminés dans le cours de la vie d'étudiant, mais encore par des soins constants, consciencieux, donnés avec enthousiasme par ceux qui sont eux-mêmes animés de ce feu sacré du beau et du bien ;

« Que cela importe surtout à une époque de scepticisme bizarre où l'on se cache de tout sentiment bon, généreux, de tout élan du cœur comme d'une honteuse faiblesse ;

« Qu'il faut remonter ce courant détestable et rendre à la bonté, en l'élevant au rang qu'elle mérite, c'est-à-dire au premier, la place qui lui convient ;

« 3° Qu'en conséquence, il importe d'initier cette jeunesse à la notion du beau et du bien, dans ce terrain si fécond où la semence germera si facilement, où le sentiment du devoir sera bien vite assez puissant pour laisser sa trace indélébile et faire contrepoids, lorsqu'arrivera l'âge mûr, l'âge de l'intérêt personnel et des calculs mesquins, au froid égoïsme et à l'amour exclusif de soi et des siens. »

En conséquence, le Dr Rosenwald demande :

« 1° Qu'au programme des études de médecine soit joint un cours officiel de déontologie, définissant nettement les droits et les devoirs du médecin ;

« 2° Que, vers la fin de ses études, soit, par exemple, à l'examen de *médecine légale* (quatrième examen de doctorat), le candidat soit interrogé sur les droits et les devoirs du médecin : sur la façon dont il entend se conduire dans le cours de sa carrière ; en un mot sur les différentes matières de la déontologie professionnelle ;

« 3° Que nul ne puisse recevoir le diplôme de docteur en médecine sans avoir préalablement pris l'engagement d'honneur d'obéir aux obligations morales que la déontologie professionnelle lui impose, sous forme d'un résumé que le néophyte déclarera avoir lu et auquel il jugera solennellement et sur l'honneur de se conformer. »

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la Nièvre.

Nous ne pouvons, faute de place et à notre grand regret, reproduire *in extenso* le compte rendu de sa séance du 13 juillet 1902. Mais nous tenons à donner, et sous le titre qu'elle mérite, l'allocution suivante prononcée par le président, Dr Panne, à son entrée en fonctions.

LE ROLE D'UN PRÉSIDENT DE SYNDICAT.

« Mes chers confrères,

« Vous m'avez fait l'honneur, à notre dernière réunion générale, de m'offrir la présidence, en remplacement de notre ami Petitjean, fondateur de notre Syndicat, arrivé à l'échéance de ses fonctions, et qui veut bien, du reste, continuer au titre de président honoraire, à nous couvrir de son prestige sénatorial.

« Les fonctions d'un président de syndicat sont très flatteuses, mais, à mon avis, trop délicates à bien remplir pour que j'aie jamais été tenté de les ambitionner. Si je les ai acceptées c'est par devoir professionnel auquel pas plus qu'un autre je n'avais le droit de me soustraire : c'est du reste avec l'intention d'en remplir toutes les obligations pendant les trois années que doit durer mon mandat, d'après nos statuts.

« Voici comment ce rôle me semble devoir être compris : au cours de nos réunions générales, en dehors du compte rendu des actes de l'année, le Président se borne à diriger vos délibérations conformément aux statuts et à l'ordre du jour. En dehors de ces réunions générales, il doit jouir d'une initiative beaucoup plus grande ; il a pour mission, en effet, non seulement de faire auprès des pouvoirs publics ou des collectivités toutes les démarches qu'il juge utiles à l'exécution de nos communes décisions, mais aussi de prendre toutes les mesures que l'imprévu de la vie courante peut nécessiter, car il est le *centre des réflexes de la défense professionnelle*.

« Sans doute il a le devoir et la ressource précieuse de prendre l'avis du Bureau syndical ; mais la réunion de celui-ci présente des difficultés d'ordre pratique assez grande pour qu'on ne puisse la provoquer à tout propos. Il n'est pas facile de fixer un jour et une heure qui conviennent également aux syndics de Cosne, de Clamecy et de Château-Chinon et, au dernier moment, une de ces circonstances imprévues si

fréquentes dans notre profession peut toujours empêcher un ou plusieurs d'entre eux de faire le voyage de Nevers.

« Si donc le Président doit, toutes les fois qu'il le peut et que le cas en vaut la peine, prendre l'avis du Conseil syndical et appuyer ses décisions sur l'autorité et la confiance dont jouissent ces confrères auprès de vous, il est cependant des cas où il ne peut le faire, et d'autres aussi où il importe de connaître individuellement et exactement l'opinion de tous nos adhérents. Faudrait-il donc, dans ces cas, comme l'un de vous me l'a proposé, faire une convocation générale de tous nos membres ? Si vous le désirez, je ne demande pas mieux que d'en faire l'essai, bien que persuadé d'avance d'un insuccès. Le médecin, en effet, pour peu qu'il soit occupé, ou qu'il désire l'être, ne peut se déplacer ainsi, sans motif bien grave et à plusieurs reprises dans le courant de l'année. Ménageons son zèle syndical dans l'intérêt de notre réunion générale ?

« Il me paraît au contraire que la voie du *Referendum* où je vous ai engagés à diverses reprises cette année est beaucoup plus pratique, et que ce moyen d'enquête est seul en mesure de donner un résultat rapide et complet, à condition toutefois que chacun de vous veuille bien répondre sans faute et sans tarder à toute demande sur une question qui l'intéressera. A l'avenir, du reste, j'aurai toujours soin d'indiquer en même temps le jour et l'heure auxquels aura lieu le dépouillement des réponses, de façon à ce que tous ceux qui voudront y assister et y produire leurs observations aient la facilité de le faire.

« Les fonctions de Président, ainsi comprises, constituent assurément une lourde tâche. Je suis très heureux de pouvoir compter pour les remplir sur un collaborateur aussi zélé que l'est notre secrétaire, le docteur Marchais. Je ne puis, malheureusement du reste, vous assurer que, dans toutes circonstances, notre compétence sera à la hauteur de notre bonne volonté. Le promettre serait faire preuve de présomption, tant les questions que nous pouvons avoir à traiter sont multiples, délicates souvent, et exigeraient d'expérience et de connaissances spéciales. A défaut de cette compétence acquise, promettons toujours de travailler à en acquérir !

« Nous comptons, du reste, sur vos Syndics et sur vous, pour nous aider dans notre travail de *défense professionnelle*. Nous ne pouvons prévoir toutes les difficultés ; nous renonçons à jouer le rôle difficile et ingrat de Providence. C'est vous qui êtes le plus exposés à rencontrer les obstacles sur votre chemin et c'est vous qui devez, par conséquent, nous les signaler. C'est ainsi que s'est engagée cette année la question de l'*Assistance médicale gratuite*. Si au contraire personne de vous ne se plaint, comment n'en conclurions-nous pas que vous êtes tous satisfaits ?

« Vous devez, de plus, au même titre que nous, vous tenir au courant des diverses questions professionnelles traitées avec tant de soin dans les journaux spéciaux, tels que le *Bulletin de l'Union des Syndicats* et surtout le *Concours médical*. Mais, dans ces questions, ce que nous devons surtout apprécier et retenir, ce n'est pas le côté spéculatif, si intéressant qu'il puisse être, c'est le point de vue pratique et terre à terre : or, toutes se résument, en somme, dans la *défense de nos honoraires*. Que nous ayons à lutter contre les *collectivités* ou que nous défendions notre cause auprès des *pouvoirs publics*, c'est toujours, finalement, pour obtenir la possession ou le maintien d'un tarif honorable. Si donc notre Association syndicale a pour principal but de sauvegarder nos intérêts d'ordre pécuniaire, si son objectif constant et presque exclusif est de s'opposer à toute dépréciation de la valeur de nos soins, n'est-il pas du devoir absolu de chacun de ses membres en particulier de commencer tout d'abord par appliquer avec un soin jaloux le *Tarif minimum d'honoraires* que nous avons librement accepté et de maintenir, fermes et sans défaillance, nos justes prétentions vis-à-vis des collectivités ?

« C'est là, du reste, une question tout à fait à l'ordre du jour des Syndicats, et tous ceux d'entre vous qui lisent et méditent le *Concours médical* suivent avec intérêt les développements récents sur l'*Avenir des syndicats* et sur la nécessité qui en résulte de réformer, de préciser les statuts et de leur donner une sanction plus sérieuse ; nous aurons assurément, un jour, à envisager, nous aussi, l'opportunité de cette réforme, et à rechercher si elle pourrait être réalisée parmi nous.

« D'ici là, le travail utile ne nous manquera pas. Les questions qui nous unissent tous sont, heureusement, plus nombreuses et plus importantes que celles qui nous divisent, et c'est sur les premières, naturellement, qu'il importe de réunir tous nos efforts. C'est ainsi que nous répondrons aux espérances des jeunes confrères qui veulent bien se joindre à nous et que nous empêcherons la *médisance* de continuer à prétendre que notre syndicat nivernais ne sert à rien. Mais je dois dire cependant que nous ne serons pris aux sérieux que si nous agissons, et que si nous nous bornons à discuter ou à prendre des décisions non suivies d'effet, nous ne pourrons pas éviter que nos meilleurs et plus sérieux adhérents ne disent avec raison que nous jouons avec l'*Arme syndicale* bien plus que nous nous en servons utilement pour notre défense professionnelle ».

REPORTAGE MÉDICAL

Les cours de vacances. — Dans plusieurs laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, il sera fait cette année des cours et exercices payants. M. le Dr René Marie donnera l'anatomie pathologique du cœur, du foie, des reins ; M. Dominici, l'hématologie ; M. Letulle, la pathologie du tube digestif ; M. Riche, le système nerveux ; M. Milian, la dermatologie ; M. Gilbert, la thérapeutique. Prix pour l'ensemble des cours : 150 fr.

D'autre part, à l'Hôtel des sociétés savantes, il y aura des cours en neuf leçons : de gynécologie (Jayle) ; ophtalmologie, (Rochon-Duvigneaud) ; oto-rhino-laryngologie (Laurens et Boulay) ; urologie (Nogués) ; massage (Marchais) ; dermatologie (Leredde) ; électrothérapie, (Zimmern) ; chirurgie pratique (Souligoux); maladies mentales (A. Marie) ; pathologie de l'estomac (Soupault) ; etc... Prix de chacun de ces cours : 20 fr. payables en s'inscrivant, chez M. le Dr Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris.

L'œuvre de la fleur dans les Hôpitaux. — Il existait déjà : l'œuvre des journaux, l'œuvre des bibliothèque, l'œuvre des jouets, qui toutes visaient à donner aux malades des salles d'hôpital gaieté et distraction : nous allons avoir l'Œuvre de la fleur des hôpitaux.

Au n° 32 de ce journal, l'année dernière, notre confrère Grellety la réclamait en termes pressants et poétiques, sans oublier qu'on en retirerait parfois des bénéfices thérapeutiques de sérieuse importance. Est-ce sa voix qui a été entendue ? L'idée vient-elle aussi d'ailleurs ? Peu importe après tout, pourvu que la réalisation ne se fasse pas trop attendre.

La pratique dentaire par les médecins. — M. le Dr Voituron fait en ce moment une active campagne de conférences près de ses confrères belges afin de leur démontrer combien il est facile d'acquérir, en un petit nombre de bonnes leçons, quand on est docteur, le bagage nécessaire à toute la pratique de l'art dentaire, et quelle source de bénéfices perdent les médecins de campagne en ne s'adonnant pas à l'exercice de cette partie de leur art.

Le *Scalpel* nous dit que, comme tous les apôtres, le conférencier rencontre pas mal de ces oppositions sourdes que nous connaissons si bien, mais qu'elles s'abstiennent de répondre quand on les invite à la contradiction, et que, somme toutes, l'orateur, obtient, par ses démonstrations, un réel succès. Des adeptes se rencontrent, et des cours privés se créent en diverses contrées pour donner les leçons à ceux qui ont été convaincus.

La médecine socialisée. — Oui, ni plus ni moins ! Mais qu'on se tranquillise, c'est en Hollande que s'agite la question et elle n'est pas résolue. Voici l'entrefilet d'un journal politique à ce sujet :

« Les médecins hollandais travaillent à la constitution d'un fonds d'Etat destiné à fournir un traitement fixe à tous les médecins du pays pour les débarrasser des soucis de vivre à l'aide des honoraires de la clientèle privée.

« L'association des médecins hollandais a proposé de prélever au profit de cette caisse d'Etat de un à deux pour cent des revenus de toutes les personnes qui gagnent plus de 500 florins par an.

« Les secours médicaux apportés par ces médecins d'Etat seraient gratuits pour tous le monde, mais, seules, les classes aisées contribueraient à l'entretien de ces fonctionnaires de santé.

Il y aurait un médecin d'Etat par deux mille personnes, ce qui nécessiterait pour les cinq millions d'habitants que possèdent les Pays-Bas, deux mille cinq cents médecins. »

Ainsi s'exprime laconiquement le *Journal*.

Ils vont bien nos confrères hollandais, si tout cela est exact. Voyez, du même coup, l'impôt sur le revenu institué pour le compte des médecins, la limitation du nombre des clientèles accomplie en un tour de main ! Pourquoi, diable ! ne nous ont-ils pas parlé de ces beaux projets au Congrès de médecine professionnelle de 1900 ? Peut-être redoutaient-ils des douches trop froides dans un milieu hostile à ces idées ou mal préparé. Mauvaise inspiration, car il eût été intéressant d'avoir le sentiment international des médecins sur une si grosse évolution corporative, qui comporte bien des inconvénients certains en regard des maigres bénéfices du fonctionnaire.

Bloc enfariné. — Nous relevons l'annonce suivante dans un journal de médecine sérieux. Il serait vraiment intéressant de savoir ce que réserve au corps médical une proposition si alléchante. Pour l'instant elle ne dit rien qui vaille.

« *On désire* des Docteurs en Médecine pour diriger des Instituts médicaux renommés dans toutes les villes d'Europe et d'Amérique ; les Docteurs qui veulent se créer situation peuvent s'intéresser ou s'associer avec des Docteurs dirigeants qui, pour les faciliter, céderaient une partie de leur cabinet, Ecrire Dr DUROYAUME, poste restante, Bureau 118, à Paris. »

Congrès international contre l'alcoolisme. (Brême, 14-19 avril 1903). — On sait que les Congrès internationaux contre l'alcoolisme siègent de deux en deux ans. Celui de Paris, le septième, a été suivi, en 1901, par le Congrès de Vienne. La ville de Brême offrira, du 14 au 19 avril 1903, l'hospitalité aux membres du 9e Congrès. Le comité organisateur, présidé par le directeur de l'asile d'aliénés de la ville, le docteur Delbruck, est déjà depuis longtemps au travail. En vertu d'une décision prise à Vienne, le comité d'organisation établit lui-même le programme du Congrès et fait appel, pour les travaux à ceux qu'il juge les plus capables. Cette mesure fort sage mettra une digue au flot de communications dont on s'est plaint à Vienne et à Paris, éliminera certains travaux d'intérêt secondaire et permettra des discussions nourries fructueuses entre antialcooliques de tout pays. Le comité s'est déjà assuré les travaux du savant aliéniste et ardent antialcoolique, professeur Forel, de Suisse ; des professeurs Frankel (Halle) et Cramer (Gœttingue); du baron de Diergardt, qui s'efforce d'acclimater en Allemagne les débits de boissons selon le système de Gothembourg. Sans aucun doute, la France, qui a fourni, par la plume des Legrain, des Laborde et d'autres, d'importantes contributions à la science antialcoolique, occupera une place d'honneur au programme du congrès.

— Le comité de Brême est tout particulièrement désireux de voir beaucoup de Français participer au Congrès. Tous ceux qui s'intéressent à une des plus graves d'entre les questions sociales feront bien de songer à faire le voyage de Brême pendant leurs vacances de Pâques.

Le docteur Delbruck, Humboldtstrasse, 127, Brême, sera très heureux de renseigner plus complètement tous ceux qui voudront bien s'adresser à lui.

Bien entendu, le Congrès n'est pas ouvert seulement aux abstinents totaux, mais aux antialcooliques de toutes nuances.

Les Hirondelles. — Un journal anti-alcoolique, paraissant en Belgique, signale l'existence, à Waremme, d'une curieuse Société de jeunes filles qui se sont baptisées, non sans coquetterie, les *Hirondelles*. Toutes ces jeunesses se sont engagées, par serment, à ne jamais épouser un homme porté sur la boisson, comme on dit vulgairement. Voilà qui est très beau, proclame le *Journal de Bruxelles*, et pour peu que cette Société prenne de l'extension, les buveurs seront bien attrapés. Ce sera, d'ailleurs, tout bénéfice ; plus, ou plus guère de femmes malheureuses en ménage, plus d'enfants voués aux pires aventures de par la tare héréditaire. Le confrère a raison d'applaudir. Tout de même, nous l'engageons à se méfier.

En principe, toute jeune fille se jure bien à elle-même de ne jamais épouser un buveur. Elle ne doit pas être inscrite pour cela parmi les *Hirondelles* de Waremme ou d'ailleurs. Seulement, dans la pratique, c'est un peu différent. L'amour fait oublier bien des serments. Et puis, s'il en était autrement, dans certains pays, il y aurait trop de jeunes filles qui coifferaient sainte Catherine.

Le choléra en Egypte. — Alexandrie, 5 septembre. — Hier, 1,051 cas de choléra dans toute l'Egypte, dont 805 décès.

Alexandrie hier, 9 cas ; aujourd'hui, 18 cas ; Port-Saïd, 1 cas ; le Caire, 10 cas. On constate une amélioration au Caire et une aggravation dans les provinces et à Alexandrie.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 38 20 SEPTEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La question de l'enseignement médical.

Elle semble préoccuper à cette heure beaucoup de bons esprits, qui s'émeuvent de tout ce qui s'y rapporte : suppression du baccalauréat classique pour l'admission à la Faculté, modification des programmes de l'enseignement secondaire, enquête du Pr Mayet, etc., etc.

Aussi sommes-nous heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs deux études, qui gagneront à être rapprochées.

Nous empruntons la première au *Bulletin Médical*; la seconde, qui semble être la réponse un peu tardive au questionnaire Mayet, émane d'un groupe de membres du Concours qui paraît ne s'embarrasser guère de heurter des habitudes et des convictions reçues, ce dont nous ne saurions que les féliciter, nous qui avons pour mission de nous tenir à l'affût de toutes idées neuves et intéressantes.

I

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN ALLEMAGNE

(*Impressions de voyage*)

Par M. E. DU PASQUIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'étudiant allemand, différent de nous par sa race, ses mœurs, ses aptitudes, reçoit une instruction qui diffère sensiblement, par l'organisation et la méthode d'enseignement, de celle donnée à l'étudiant français. Il suit beaucoup plus de cours, l'enseignement oral forme le fond de son instruction ; quant aux livres, il n'en use qu'accessoirement, pour compléter les leçons de ses maîtres.

Un étudiant laborieux doit suivre, dans ses dernières années de médecine, me disait un professeur, jusqu'à huit et dix heures de cours par jour. Les cours importants sont obligatoires et payants, c'est-à-dire que l'étudiant, au commencement de chaque semestre, doit s'inscrire au secrétariat pour les cours réglementaires et en acquitter les droits, qui montent, pour chaque cours, à la somme de 10 à 30 marks (12 fr. 50 à 37 fr. 50), suivant le nombre d'heures. Chaque inscription est notée sur son carnet de scolarité qu'il ira, à la fin du semestre, présenter au professeur. Celui-ci ne donnera sa signature que s'il reconnaît un auditeur assidu, et l'étudiant ne sera admis à passer ses examens que quand son carnet portera les signatures réglementaires.

Outre les cours principaux obligatoires, il existe une foule de cours accessoires, destinés à compléter l'instruction de l'étudiant et à l'exercer dans certaines spécialités, car ils comportent souvent des exercices pratiques. C'est ainsi que nous relevons, sur le programme des cours de l'Université de Berlin, des cours : sur le massage et la kinésithérapie, sur la diététique, sur l'hydro et la balnéothérapie, sur l'électrothérapie, etc. Ce sont les privat-docents qui sont, le plus souvent, chargés de ces leçons supplémentaires, et peuvent ainsi donner la mesure de leurs qualités d'enseignement qui les désigneront plus tard pour une place de professeur. Ce sont eux aussi qui dirigent les nombreux travaux pratiques, où l'étudiant apprendra la percussion, l'auscultation, la bactériologie, la chimie biologique, l'histologie et les examens spéciaux.

Les deux premières années de médecine sont, en Allemagne, consacrées aux sciences médicales annexes : physique, chimie, histoire naturelle, anatomie, physiologie, et c'est au bout de deux ans et demi seulement que se passe le premier examen ou « physikum », comportant de multiples épreuves sur les matières que nous venons d'énumérer. Ce n'est qu'à sa troisième année que l'étudiant commence l'étude de la médecine proprement dite et qu'il est admis à suivre les cliniques, dans les hôpitaux. Ici le système diffère complètement du nôtre. L'étudiant ne pénètre pas dans le service, il ne peut examiner librement le malade et suivre le cours de son affection, en l'observant plusieurs jours successifs ; il n'assiste pas à la visite du chef, à son examen du malade, à la prescription du traitement. Seul l'amphithéâtre de la clinique lui est ouvert pour écouter la leçon du professeur. Celui-ci, chaque jour, en commençant, appelle deux étudiants, qui vont être sur la sellette, et leur fait examiner sous ses yeux le malade qu'il doit présenter. Il les interroge ensuite sur les particularités du diagnostic, du pronostic, et leur fait prescrire un traitement. La leçon se termine par quelques mots familiers, et surtout pratiques, sur le cas examiné et sur la maladie, en général, dont il est un exemple.

L'étudiant, on le voit, n'entre pas en contact avec le malade comme chez nous. Il ne l'a pas sous la main, pour ainsi dire, comme dans nos hôpitaux, et c'est grand dommage pour son apprentissage pratique. On lui enseigne, assurément, la percussion, la palpation, l'auscultation, en des cours fort bien faits, où il trouve l'occasion d'examiner quelques patients, mais jamais il n'a le libre accès auprès du malade, il ne peut pas le « suivre ».

Quelques-uns peuvent, il est vrai, devenir « Famuli » et être attachés à un service pour prendre les observations, examiner les urines, les crachats, etc., mais ils ne seront toujours qu'en nombre restreint et ne pourront conserver cette fonction que pendant deux ou trois mois.

Aussi, l'étudiant, après son examen terminal, fort bien instruit au point de vue théorique, est-il, de l'aveu de tous, très ignorant de la partie pratique. C'est pourquoi une mesure récente (octobre 1901) prescrit que nul ne pourra, dorénavant, recevoir l'autorisation de pratiquer la médecine, s'il n'a accompli, après son dernier examen, une année de stage dans une clinique ou un hôpital autorisé, dont trois mois au moins seront consacrés à la médecine interne, ce qui porte à six ans le temps minimum des études médicales.

L'apprentissage pratique ne se fait donc ici qu'après la fin des études ; de même, on ne devient interne (ici assistant) qu'après avoir terminé son dernier examen.

L'examen de fin d'études, ou « staats-examen » (examen d'état), se passe deux ans et demi après « le Physikum », cinq ans après la première inscription. Il comporte une série d'épreuves dont chacune est un véritable examen, puisqu'elle peut être ajournée et recommencée isolément. La médecine, la chirurgie, l'accouchement et la gynécologie forment le sujet de ces épreuves, qui comportent toujours un examen de malade.

Notons qu'il existe des épreuves cliniques spéciales pour les maladies mentales et pour les maladies des yeux, et que le candidat doit connaître l'ophtalmoscopie. On lui demande aussi de savoir faire un examen laryngé. Deux épreuves sur l'anatomie pathologique et la pathologie générale et sur l'hygiène complètent le programme de l'examen, qui dure habituellement plusieurs semaines, un intervalle de quelques jours étant laissé entre les différentes épreuves.

Dans sa dernière année de médecine, l'étudiant a, généralement, fait une thèse, qui lui a conféré le titre de docteur, ici simple grade universitaire sans aucun rapport avec l'examen d'Etat, et nullement indispensable.

A l'heure actuelle, où la question des concours est si vivement débattue à Paris, il peut être intéressant de remarquer que cette méthode du concours est totalement inconnue en Allemagne dans le monde médical. Le choix seul fait distribuer toutes les places suivant le mérite et les capacités de chacun. C'est le professeur qui choisit son assistant — prenant son meilleur élève — celui-ci devient ensuite privat-docent, lorsqu'il est présenté par son chef, après avoir fait une leçon publique en présence de tous les professeurs de la Faculté. Il ne reçoit alors aucun traitement et ne touche qu'une allocation pour ses cours, proportionnelle au nombre de ses auditeurs, inscrits au secrétariat. Il attend, en se faisant connaître par des travaux personnels, qu'une place de professeur lui soit offerte avec un traitement. Il sera alors « professeur extraordinaire », analogue à l'agrégé chez nous, et ne deviendra « professeur ordinaire » que lorsque ses mérites auront attiré sur lui l'attention et l'auront désigné pour cet avancement.

Si nous voulons, en terminant, essayer un parallèle entre le système d'enseignement allemand et le système français, nous dirons que, de l'autre côté du Rhin, l'étudiant est peut être mieux guidé, on lui enseigne davantage, ne lui laissant guère de lacune complète ; on lui mâche, pour ainsi dire la besogne, mais il ne jouit pas autant de cette précieuse liberté de travail, si appréciée de l'étudiant français.

II

De la nécessité de rédiger le programme du doctorat en médecine avant de modifier l'organisation des études médicales.

S'il est un point sur lequel tous nos confrères ont répondu avec ensemble dans l'enquête inspirée par le questionnaire Mayet et rapportée par M. le Dr Gouffier à l'avant-dernier numéro du *Concours*, c'est l'insuffisance du bagage de connaissances pratiques, utilisables dès le lendemain de l'installation, que le jeune docteur emporte de la Faculté, avec son parchemin.

Et pourtant, il faut insister sur cette question, car l'évolution de notre rôle professionnel ajoute chaque jour des arguments nouveaux à l'urgence de la solution nécessaire.

Nous ne pouvons plus, désormais, par ce temps de responsabilité médicale invoquée à tout propos (et même hors de propos), mettre une plaque à notre porte sans avoir *pratiqué* à l'Ecole, à l'hôpital, au laboratoire, en un mot pendant nos études, les interventions diverses qui, demain, s'imposeront à nous, et dont nous ne connaissions même pas toujours la théorie.

Quand on parle de nos obligations envers la Santé publique d'une part, et d'autre part vis-à-

vis de l'Etat qui nous sacre médecins, le sentiment de nos devoirs dépasse de beaucoup pour nous l'idée que s'en font les fonctionnaires, les magistrats, et, au besoin, tel grand ministre philanthrope, qui nous donnait les mutualistes comme sujets d'expérience, comme une chair destinée à nous faire la main !

Nous voulons être capables ; nous voulons savoir effectivement ce qu'on nous demande de connaître.

Mais il faut l'avoir appris. Et appris sous l'œil d'un maître attentif à protéger les sujets contre notre maladresse et notre inexpérience, et non pas, sans contrôle, sur le client que le hasard fait tomber à portée de notre main novice, exposé à payer cher la leçon dont il va nous fournir le thème, ou bien que nous laisserons mourir par une abstention prudente, mais coupable.

Or, reconnaissons que ce but ne sera jamais atteint avec l'organisation actuelle de nos études, même retouchée sur quelques points.

Celles-ci sont trop théoriques, trop abstraites : elles visent à faire de nous tous des savants, des chercheurs, des gens de laboratoire. Comme si les trois-quarts des étudiants ne devaient pas être demain des *praticiens*, c'est-à-dire des hommes, dont le rôle sera d'appliquer, dans toute la perfection possible et avec des moyens d'action limités, les conséquences thérapeutiques des faits scientifiques connus, acquis, beaucoup plus que de chercher des conquêtes nouvelles, en se basant sur des notions théoriques que la besogne journalière ne leur laissera pas le temps de cultiver, de creuser, de développer par des études personnelles !

Et pourquoi ce défaut d'accommodation de l'enseignement médical au but d'intérêt général de la santé publique ?

Parce que l'élaboration des règlements fut confiée à des savants, non à des praticiens.

Il faudrait, à notre avis, envisager les choses de toute autre façon, dès le point de départ, quand on voudra donner aux études médicales l'utilité qu'elles doivent avoir dans l'état actuel de notre société.

Nous raisonnerions ainsi dans toute la candeur de notre modeste logique.

1° On admet à l'unanimité que la médecine, à la fois art et science, est chose si complexe qu'une existence entière ne suffit pas à donner toutes les connaissances, dont elle se compose.

2° D'autre part, le droit de soigner nos concitoyens n'est officiellement accordé qu'à quiconque a obtenu le diplôme de docteur en médecine.

Si nous cherchons à rapprocher ces prémisses, à en concilier les conséquences, allons-nous dire, sans faute de raisonnement : « Le doctorat en médecine actuel, qui s'obtient après, 5,6, 7 ans, nous fournit un médecin complet » ?

Personne ne répond *oui* à cette question, quoiqu'on ait eu la fatuité de donner pour matière aux examens qui confèrent le grade quelque chose comme le *De omni re medica scibili et quibusdam aliis*.

C'est que, d'accord avec la vérité, avec la réalité, la première de nos deux propositions s'élèverait contre une assertion pareille.

Dès lors, le diplôme de Docteur ne certifie (et combien légèrement) que l'acquisition d'un minimum de connaissances nous permettant d'endosser la responsabilité des tâches *ordinaires* dévolues au médecin isolé en matière de protection de la santé publique dans la région où nous exerçons.

Mais, à cette heure, ce minimum n'a jamais été déterminé, et le diplôme est délivré, un peu à l'aveuglette, par ceux-là même qui, n'ayant jamais exercé comme praticiens isolés aux champs, savent le moins quelles aptitudes précises il doit garantir. Comment prouverait il quelque chose d'une façon certaine ? Aussi n'a-t-il guère de valeur réelle que si celui qui l'a obtenu reste ardent à l'apprentissage sur le dos de la clientèle.

Si nous avons tenu à rappeler ces pénibles constatations, c'est qu'en les examinant de près, elles nous semblent bien faire apparaître le remède, ou, du moins, la voie dans laquelle il convient de le chercher.

Cette voie serait la constitution d'une commission de praticiens actifs, ayant une vingtaine d'années de clientèle, représentant, dans leur ensemble, la participation à toutes les fonctions de médecine publique, *sachant quelles sont les choses que le médecin de campagne ne doit jamais ignorer pour obtenir le satisfecit de sa conscience et de l'intérêt des malades*. Ces hommes passeraient en revue méticuleusement, sous le contrôle de leur expérience commune et en s'aidant de leurs souvenirs, le programme général de chacune des sciences médicales et des diverses branches de la chirurgie. Ils en extraieraient, pour l'inscrire en un programme plus simplifié, tout ce qui touche davantage à la pratique quotidienne, *tout ce que nous n'avons pas le droit d'ignorer*, tout ce qui est thérapeutique d'urgence, tout ce qui est vérité paraissant bien acquise, etc.

Cette liste des connaissances pratiques, une fois établie, serait révisée tous les ans pour rester en rapport avec les progrès de notre art. Elle constituerait la matière sur laquelle devrait porter obligatoirement l'enseignement préparatoire au doctorat, et aussi les terrains sur lesquels les candidats au diplôme devraient prouver qu'ils sont aptes à *pratiquer* le lendemain.

Nous entendons bien l'objection des routiniers, qui vont nous arrêter dès maintenant pour nous dire : « Cette rédaction du programme est si compliquée qu'elle paraît impossible ; mais surtout comment en assurerez-vous l'enseignement jusqu'à obtenir que chaque candidat ait fait ses preuves sur tous les points qu'il contiendra ? »

Mais nous contestons d'abord que la rédaction susdite soit impossible : elle exige un peu de temps, et voilà tout. Et quant à la façon d'assurer, jusqu'à la pratique, l'enseignement requis, si nous réfléchissons que la difficulté n'existe que pour la chirurgie, nous ne nous croyons pas arrêtés.

En effet, commençons d'abord par constater : 1° qu'il ne s'agit que d'avoir fait pratiquer les opérations de chirurgie d'urgence, ou même familiarisé les candidats avec le bistouri et l'appareil instrumental ; 2° que nombre de ces opérations sont exécutées dans des services de médecine ; 3° qu'elles peuvent avoir déjà été répétées à l'amphithéâtre, sur le cadavre ; 4° que, dans chaque intervention, il est au moins deux aides qui auront presque autant opéré que l'opérateur lui-même. Si, partant de là, vous *obligez* douze élèves à suivre assidûment un des cinquante services de chirurgie de Paris, pendant leur dernière année d'études, si vous obtenez que chefs

de service, chefs de clinique, etc. prennent à cœur de leur faire donner toute la pratique possible pendant ce stage, ne prévoyez-vous pas que vous aurez atteint le but cherché pour les 600 candidats au doctorat qui se présentent chaque année à Paris par ce temps de surproduction? A plus forte raison, par conséquent, dans les Facultés de province, moins encombrées d'élèves.

On aura beau multiplier, d'autre part, les doléances sur l'insuffisance des laboratoires, nous aurons de même toujours peine à croire que, si l'on y consacre toute l'avant-dernière année, les mêmes candidats n'aient pas fait suffisante connaissance avec toute la gent microbienne qui s'est emparée de l'hygiène, de l'anatomie pathologique, et même de la biologie la plus normale.

En un mot, quelles que soient les difficultés qu'on nous objecte, nous pensons qu'elles ne constituent pas des problèmes insolubles. Que le but soit bien indiqué par un programme précis, et aussitôt en résulteront les indications à remplir dans l'organisation des études pratiques. Et comme, d'ailleurs, nous avons assez d'hommes et de ressources matérielles dans les villes-facultés (à condition qu'on ne les détourne pas ou qu'on ne les laisse pas s'écarter de leur destination), nous maintenons qu'on peut nous donner dans l'avenir des diplômés sûrs d'eux-mêmes, parce qu'ils seront vraiment préparés à leur rôle professionnel.

Il faut seulement le vouloir, bien le vouloir. Mais il est des gens qui nous ont dit : « Vous allez tout accaparer pour un enseignement quelque peu terre à terre; que restera-t-il pour faire progresser la science, maintenir notre réputation de ce côté, poursuivre recherches et découvertes, permettre aux maîtres eux-mêmes d'être des savants, conserver le prestige de nos Universités ? »

Et nous leur avons répondu : « Chaque citoyen et l'Etat dans son ensemble sont d'accord avec nous pour demander qu'on leur donne d'abord des docteurs en médecine aussi capables que possible : la Faculté a le devoir social de commencer par là. Si nobles qu'elles soient, ses autres ambitions ne doivent passer qu'après celle dont nous nous préoccupons maintenant. Il y a d'ailleurs des Académies, des Sociétés savantes, des laboratoires spéciaux, des Instituts Pasteur, etc., qui ont été créés pour satisfaire aux ambitions de la science. Il est aussi des cours savants, sorte d'enseignement supérieur médical, dont peuvent bénéficier, sans avoir pourtant de diplôme à en attendre, tous ceux qui visent à l'enseignement, aux sommets scientifiques. Cela suffit dès aujourd'hui, et cela suffira bien mieux encore si ceux que hantent ces ambitions, pouvant désormais compter sur des praticiens complets, se désintéressent de la clientèle où ils perdaient la plus grande partie de leur temps, sans profit pour la science. »

D'autres aussi nous ont demandé quelles raisons majeures imposaient un relèvement constant du savoir des praticiens en général.

Elles sont si nombreuses, ces raisons, que nous ne pouvons qu'indiquer les principales.

Signalons d'abord les progrès et l'évolution rapide de la médecine, de la chirurgie, de l'hygiène, de la thérapeutique, etc.

Notons aussi le courant invincible qui nous emporte vers une décentralisation nécessaire, qui impose de plus en plus le traitement à domicile des assistés, des aliénés, des victimes du travail, etc.

N'omettons pas non plus de parler de toutes ces lois de protection et de solidarité sociale, de prophylaxie publique, dont chaque médecin doit être l'agent d'exécution, et qui exigeront de lui des notions de pratique bien plus que de théorie.

Constatons encore que, malgré l'augmentation de leur nombre, les spécialistes ne pourront jamais s'installer dans les postes de campagne, et il appartiendra au praticien de faire profiter le mieux possible nos populations rurales des progrès qu'ils auront obtenus dans les diverses branches de la science médicale.

Et enfin, dans un autre ordre d'idées, avouons que c'est notre insuffisance sur bien des points qui fait souvent l'exiguïté de nos honoraires, de nos recettes. Que d'interventions rémunératrices sont négligées, que de réputations médicales sont perdues, précisément parce que les intéressés n'avaient pas trouvé, dans l'organisation actuelle des études, le moyen d'être à la hauteur de toutes les tâches. Il faut savoir convenir de ces choses-là quand nous sommes entre nous, quand, par exemple, nous échangeons nos vues en famille, par la voie du *Concours médical.*

D'autres questions encore, d'autres objections même, nous ont été faites quand nous avons soumis ces idées à nos amis. Pourquoi ne pas en mentionner quelques-unes puisque nous appelons la discussion ?

On nous a dit par exemple :

« Dans votre système, l'étudiant va faire pendant plusieurs années un véritable service d'interne pour les salles auxquelles il sera attaché. Ce sera bien difficile à concilier avec la liberté de travail que goûtent si fort les jeunes échappés du collège. D'autre part, vous allez rétrécir singulièrement le champ d'études jusqu'ici réservé aux internes ».

C'est exact, répondions-nous : mais nous l'entendons bien ainsi. Préoccupés de faire acquérir aux élèves, dans le moins de temps possible, les connaissances qui figureront au programme du doctorat, nous ne sentons pas beaucoup de respect pour la soi-disant liberté de travail dont on nous parle. Qui s'en souciait hier devant le programme du baccalauréat? Qui s'en soucie dans les écoles de santé de l'armée, de la flotte ? Les parents vont-ils nous reprocher une petite pointe de caporalisme nécessaire ? Il est permis d'en douter. Aussi ne nous répugne-t-il pas de prévoir l'étudiant suivant obligatoirement le service d'hôpital, soumis à des interrogations, recevant des notes qui lui constitueront un dossier, et faisant valoir celui-ci aux jours d'examen, toujours comme pour le baccalauréat. La liberté du travail ? On en usera après le doctorat pour se préparer à l'enseignement, pour se spécialiser, pour faire de la science, etc. Jusque-là, nous n'avons rien à lui sacrifier.

C'est seulement à cette heure aussi que nous prenons cure de la situation des internes.

Nous sommes un peu choqués, en effet, de voir, à l'époque où nous vivons, quelques-uns des élèves qui sont entrés ensemble, accaparer, fût-ce par le concours, le champ de l'expérience

et de la pratique, au détriment des autres, qui en auront autant besoin qu'eux.

A nos yeux, la constitution d'une élite ne paraît admissible que si elle est recrutée parmi ceux qui ont déjà le diplôme de docteur ; c'est le seul moyen d'empêcher qu'elle ne porte un injuste préjudice à cette masse, dont la capacité nous préoccupe avant tout, parce que c'est elle qui a la santé publique dans ses mains. Aussi dirions-nous sans hésiter : « Pour se présenter au concours de l'internat, il faut 1° avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, 2° etc... »

Ne voit-on pas que nos internes seraient alors bien qualifiés et aussi bien placés qu'aujourd'hui pour profiter de ce qui leur est particulièrement destiné, c'est-à-dire des cas exceptionnels, des sujets d'études spéciales, de tout ce qui n'est pas banal en un mot ?

On nous a dit aussi : « Ne craignez-vous pas que cette organisation quasi militaire de l'enseignement ne détourne de l'Ecole un bon nombre de jeunes gens ? »

C'est quelque peu probable, en effet. Mais à l'heure où l'encombrement s'établit, pour une génération au moins, de la façon la plus inquiétante, à l'heure aussi où tombent les derniers obstacles qui faisaient réfléchir avant de s'inscrire à la Faculté, et où toutes études préparatoires sont déclarées suffisantes, nous demanderez-vous des scrupules, si nous élevons cette légitime barrière qui se nomme la délivrance du diplôme aux seuls qui s'en seront montrés dignes ?

Que ne pourrait-on dire encore à propos d'un projet qui, comme celui-ci, romprait avec toutes les routines, toucherait à tant de questions ?

Nous ne voulons pas le rechercher dans cette simple esquisse dont l'unique but est d'appeler les observations des lecteurs du *Concours médical*.

Notre unique désir a été de nous faire l'écho de confrères qui demandent la permission de signer à l'abri d'un proverbe bien connu :

Qui veut la fin veut les moyens.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'eau oxygénée en pulvérisations.

MM. *Robert Lœvy* et *Loudenot* ont fait, dans le laboratoire de M. le prof. Lannelongue, des recherches détaillées sur la possibilité de pulvériser l'eau oxygénée au moyen d'un pulvérisateur à vapeur de Championnière, et voici les résultats de leurs études in *Bulletin médical*.

« L'eau oxygénée est partiellement décomposée, mais la perte est peu sensible, puisque de 10 volumes, elle tombe à 7 volumes 2. En employant de l'eau distillée au lieu d'eau ordinaire, les auteurs ont obtenu la formule suivante :

« Eau oxygénée officinale titrant 10 volumes + eau distillée de la cucurbite bouillant sous pression = eau oxygénée à 8 vol. 3.

« Cette différence de 1 vol. 7 doit tenir à l'oxydation des matières organiques contenues dans l'eau ordinaire et à l'action des sels calcaires, comme le carbonate de chaux, qui diminuent son acidité, puisque toute l'eau oxygénée du commerce est toujours acidifiée à l'aide d'un acide minéral.

« En résumé, on peut conclure :

« 1° L'emploi de l'eau oxygénée en pulvérisation est possible et rationnel, et la pulvérisation peut être utilisée avantageusement pour le traitement des anthrax, plaies par écrasement, foyers purulents à germes anaérobies, etc., etc.

« 2° Le titrage de l'eau oxygénée pulvérisée est en moyenne de 7,2 quand on met dans la cucurbite de l'eau ordinaire, de 8,3 quand on y met de l'eau distillée ; il y a donc avantage à employer celle-ci quand on désire obtenir un rendement meilleur. »

Action des courants continus sur le tissu scléreux cicatriciel.

M. le Dr Stéphane *Leduc*, de Nantes, a renouvelé au Congrès de Montauban (A. F. A. S.) ses communications sur l'action des courants continus appliqués au traitement des cicatrices scléreuses.

« Il a reconnu, dit-il, que par suite de la méconnaissance de cette action thérapeutique des courants continus, on rencontre un grand nombre d'infirmités, d'incapacités de travail entraînant le paiement de grosses indemnités qu'il eût été facile de faire disparaître complètement par l'emploi des courants continus.

« Le courant continu n'est efficace que lorsque la cause morbide a cessé d'agir ; les tissus infectés, arthrites tuberculeuses, etc., manifestent un certain degré d'intolérance pour les courants appliqués de la sorte. L'efficacité du traitement est d'autant plus grande, d'autant plus rapide, que la densité du courant est plus forte dans les tissus malades, et c'est pour cette raison que le traitement agit beaucoup mieux sur les extrémités, aux mains, aux poignets, aux pieds, aux genoux, où les courants pénètrent facilement les tissus malades superficiellement situés, qu'à la hanche par exemple, où des masses musculaires, conductrices importantes, s'opposent à la pénétration du courant.

« Nous savons aujourd'hui, d'une façon certaine, que les courants continus provoquent sur tout leur trajet dans l'organisme un double courant des ions : l'hydrogène, les métaux et les radicaux métalliques descendent le courant, l'hydroxyle OH, les radicaux acides remontent le courant ; c'est sans doute à la provocation de ces mouvements qu'est due l'action thérapeutique, la restauration de la nutrition et le retour à l'état normal. Avec les électrodes formées par une solution faible de chlorure de sodium, on a trouvé l'action notablement plus marquée sous la cathode où le corps reçoit les ions chlore de l'électrode, à laquelle il abandonne ses cathions, que sous l'anode.

L'aspect du voile du palais dans la grippe.

D'après *M. le Dr Kolopinski*, l'influenza peut être diagnostiquée avec facilité, voire même certitude, en observant l'aspect particulier du voile du palais. Cet aspect précède de quelques jours le frisson général et la fièvre, et persiste encore

lorsque la convalescence est apparemment terminée.

« Le phénomène en question, bien visible, consiste dans la formation, sur la muqueuse du voile, de petites saillies convexes d'une blancheur transparente et perlée. Leur volume est celui d'un grain de sable. Elles peuvent être peu nombreuses et limitées à certaines parties du voile, ou bien abondamment répandues à toute sa face antérieure. Les parties suivantes du voile sont le siège de prédilection de la forme circonscrite: 1° la base de la luette ; 2° le raphé médian ; 3° les bords latéraux de ce dernier ; 4° la face antérieure du repli glosso-palatin, au-dessus du bord supérieur de l'amygdale. Le contact d'une spatule donne la sensation d'une dureté rugueuse.

« Ces saillies sont surtout bien visibles, soit à une lumière artificielle très intense, soit à la lumière scolaire directe ou diffuse. Il ne faut pas les confondre avec des particules ténues de mucus ou de salive ; quelquefois, elles sont complètement masquées par une sécrétion tenace qui les recouvre entièrement.

« L'aire occupée par ces corpuscules est de coloration rouge vif chez les individus sains ; rouge foncé chez les alcooliques et les tabagiques ; elle est d'une blancheur de cire chez les tuberculeux et dans toutes les autres maladies cachectisantes. Des hémorragies punctiformes viennent quelquefois compliquer le tableau.

« L'existence de ces corpuscules ne donne aucune sensation subjective. »

Corps étranger des voies digestives.

M. le Dr Rebulet (de Bourgtheroulde) rapporte dans la *Normandie médicale*, avoir observé un cas assez curieux de corps étranger des voies digestives.

« Une demoiselle, âgée de 19 ans, dit-il (en vraie normande), avait perdu ses quatre incisives de la mâchoire supérieure, qu'elle fit remplacer par un dentier en caoutchouc durci et maintenu par un crochet à chaque extrémité se fixant sur la dent canine. (L'appareil mesurait cinq centimètres et demi).

« En dormant, elle avala son appareil. Le lendemain, je la vis avec mon confrère Bretteville ; la malade n'accuse ni douleur, ni gêne respiratoire, la nourriture passe facilement. Au bout de deux jours, douleur vive d'une durée de quelques heures au niveau de la région du pylore, augmentant par la pression, et la malade étant maigre, on sent distinctement un corps résistant. Au bout de 8 jours, lors de notre arrivée, le matin, la mère nous montre l'appareil. Au lieu d'être rouge, il est verdâtre et sent parfaitement l'odeur de la région qu'il a traversée ; malgré cette preuve, la malade, en nous voyant entrer dans sa chambre, nous dit de suite : « J'ai rendu mon appareil par la bouche ». Nous ne pûmes jamais lui faire avouer qu'il était revenu par la voie basse. Nous nous expliquions difficilement cet entêtement ; mais plus tard, j'appris qu'en fille économe, c'était pour ne pas le remplacer qu'elle n'avait jamais voulu avouer qu'il était revenu par le bas. (*Absolument authentique.*) »

Ajoutons que M. le Dr Fleury (de Rennes) a publié presqu'en même temps, dans la *Revue de stomatologie*, un cas tout à fait analogue. Une femme de 42 ans, qui portait une pièce dentaire, non faite pour elle, l'avala par mégarde en même temps qu'un bol alimentaire. M. Fleury conseilla de ne rien faire et de surveiller les évacuations. Sans que la moindre douleur se fût jamais produite, pas même la plus petite gêne, dix jours après cet évènement, les choses, ou mieux, la chose alla si bien qu'elle fit son apparition à l'autre bout du tube intestinal. Cette dent était cependant accompagnée de quatre crocs menaçants, aigus, pointus, tranchants. Il ne faut donc pas trop se précipiter de tenter l'extraction, ni de faire l'œsophagotomie externe, si rien n'y oblige.

La discipline de la toux chez les tuberculeux.

La discipline de la toux chez les tuberculeux a une très grande importance pour la cure de la bacillose pulmonaire. Voici les indications que donne à ce sujet *M. le Dr Lalesque*, d'Arcachon.

Ainsi que l'a dit Sabourin, la plupart des malades livrés à eux-mêmes prennent l'habitude inconsciente de tousser par quinte dès qu'ils sentent, vers le larynx, la trachée ou la partie supérieure de la poitrine, le moindre chatouillement. Mais, il y a à considérer deux sortes de toux : *la toux sèche* qui n'arrive à aucun résultat, la *toux humide* qui amène le rejet de l'expectoration. La première est inutile et doit être supprimée, car elle a les plus graves inconvénients ; la seconde est utile, mais elle doit être réduite au strict nécessaire.

Comment remplir la première de cette double indication : suppression de la toux *sèche inutile*? Faut-il avoir recours aux nombreuses médications tant prônées, parmi lesquelles la narcotisation figure au premier rang ? Nullement. Ce serait une mauvaise action thérapeutique, hors les cas de toux dite réflexe, dont nous ne nous occupons pas ici.

On supprime la toux sèche, inutile, en la *disciplinant*. Pour cela, il faut rappeler au malade que les efforts de toux qu'il provoque se terminent le plus souvent par rien du tout, sinon une fatigue énorme, de la congestion céphalique et même par un vomissement, sans faire cesser le chatouillement laryngé ou trachéal ; il faut lui faire comprendre que cet effort « de toux soi-disant destiné à faire cesser son chatouillement a simplement pour effet d'irriter, de congestionner les voies respiratoires supérieures et d'entretenir la quinte. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse » (Sabourin).

Après démonstration au malade de l'inutilité et des inconvénients de ses efforts, le médecin doit le convaincre de la nécessité et de la possibilité, pour lui, d'arrêter la toux par l'exercice de la volonté. C'est l'action *inhibitoire centrale* exercée par suggestion à l'état de veille.

Le malade doit tendre toute sa volonté à résister et non plus à répondre à la sensation du chatouillement. On connaît la formule, aujourd'hui classique, de Detweiler à ses malades : « Quand vous avez une démangeaison en public, vous ne vous grattez pas. Eh bien ! la toux sans crachats, c'est le grattage de la gorge qui démange ; ne vous grattez pas la gorge en public. »

Cette discipline de la toux peut s'obtenir partout. S'il est vrai que dans les sanatoriums les

tuberculeux ne toussent pas, cela est non moins vrai en clientèle privée. Le climat ou la claustration n'a rien à faire ici. Seule la conviction du médecin, seule sa puissance suggestive, née de sa conviction, seule sa ténacité dans le but à atteindre, constituent les facteurs de ce résultat.

Aussi bien l'intervention de la volonté peut-elle être infructueuse, parce que maladroite. Certains malades, au début, tout en faisant appel à leur volonté, se contractent, suspendent tout mouvement respiratoire, arrivent à suffoquer, et tout d'un coup laissent éclater leur toux en éclaboussant l'entourage. Il y a donc lieu d'enseigner au malade comment il doit respirer quand le chatouillement laryngé se produit et que l'action inhibitoire de la volonté intervient. A ce moment précis, il fermera la bouche doucement, sans contraction, et par la voie nasale fera une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même.

Tout cela est aussi simple dans la pratique qu'en théorie. Que si, dans « les premiers jours, le patient est obligé d'avoir son attention à tout instant éveillée pour cette petite manœuvre, bientôt cela devient purement instinctif et inconscient » (SABOURIN). En la disciplinant, il a supprimé la toux sèche, la toux inutile.

Reste la toux *humide*, la toux *utile*, et même peut-on ajouter : toux bienfaisante. qui déblaye les voies respiratoires d'un produit morbide.

Plus encore que pour la toux sèche, toute intervention médicamenteuse serait malséante en prolongeant, dans les bronches, la stagnation des crachats. La toux humide veut être respectée. Au surplus, elle échappe à toute intervention psychique. Elle doit fatalement aboutir ; la volonté est impuissante à l'enrayer.

Mais encore, y a-t-il lieu de la modérer ; que pour expectorer un crachat, le tuberculeux donne plusieurs coups de toux, c'est une faute. La fatigue pulmonaire qui en résulte, est hors de proportions avec le bénéfice réalisé. Là encore, le malade doit s'étudier à ne pas répondre au picotement de la gorge, à se retenir lorsque l'expectoration va se produire. Il attend avec calme que le crachat se détache seul, et n'ait plus besoin que d'une ou deux secousses pour être expulsé. Un coup de toux pour un crachat : tel est l'idéal, souvent réalisé d'ailleurs. Certains malades arrivent à un résultat tout à fait remarquable, qui se débarrassent de leurs crachats, sans tousser, par simple expuition.

« Voilà comment, par la discipline, le tuberleux supprime la toux sèche et inutile ; respecte, modère, la toux humide et utile. *Il ne tousse que pour cracher.* »

Préparatifs d'une opération à domicile.

Par M. le Dr PAUCHET.

Local. — Choisir la pièce la plus aérée, la plus éclairée ; la chauffer à une température de 22 à 25°.

Enlever les meubles et les objets inutiles, tels que : garniture de cheminée, statuettes, vases de fleurs, etc.

Etaler de vieux draps par terre.

Placer la table d'opération en pleine lumière. S'il s'agit d'une intervention nocturne, suspendre une forte lampe au plafond, et placer d'autres lampes sur la cheminée pour éclairer la pièce et le champ opératoire.

Un seau de toilette sera placé sous le lit d'opération, pour que le chirurgien puisse y jeter les compresses souillées au cours de l'intervention et y faire vider les solutions à renouveler.

Une table surmontée de trois cuvettes sera disposée dans un des coins de la pièce. Chacune de ces cuvettes sera flambée et à demi-remplie d'eau stérilisée. L'une servira au brossage et au savonnage des mains ; l'autre à leur rinçage. Dans la dernière, on jettera un paquet de sublimé pour l'immersion des mains.

Deux autres tables plus petites, couvertes d'une serviette, seront placées de chaque côté du lit d'opération. L'une, pour le chirurgien, portera une cuvette de sublimé, les instruments et des fils. L'autre, pour l'aide, portera une cuvette de sublimé, les compresses stérilisées.

Table d'opération. — La table classique présente 0 m. 80 de haut, 1 m. 80 de long et 0 m. 55 de large. Tâcher de constituer une table à peu près semblable, soit à l'aide de deux tables de cabaret mises bout à bout, soit par une planche posée sur deux tréteaux. Matelasser cette table en la couvrant d'une couverture de laine pliée en deux. Etendre un drap propre, après avoir interposé une couche de papier, pour préserver la couverture.

En cas d'opération périnéale ou vaginale, une table de 1 mètre de long serait suffisante.

Linge. — Quelques serviettes pour essuyer le sang, recevoir les vomituritions. Quelques mouchoirs pour l'anesthésie. Des draps pour étaler sur le sol, couvrir le malade, etc. Des tabliers de domestiques pour le chirurgien et les aides. Un bandage de corps en flanelle, s'il s'agit d'une opération sur l'abdomen.

Vaisselle. — Cinq cuvettes, qu'on pourra remplacer par des soupières ou des saladiers. Un plat rond pour les serviettes bouillies. Une louche pour transvaser les liquides, deux marmites émaillées : l'une servira à faire bouillir de l'eau, l'autre servira à faire bouillir les brosses, les serviettes, bock émaillé, tube de caoutchouc, canule en verre.

Objets variés. — On se procurera les objets suivants : brosses à ongles, épingles à maillots, savon, rasoir, ciseaux, ficelle, allumettes, bock émaillé avec tube de caoutchouc et canule de verre, un vieux chapeau de feutre mou pour éthériser le patient.

Stérilisation de l'eau et des objets. — 1° Dans une marmite, mettre de l'eau additionnée de quelques poignées de carbonate de soude ; plonger six serviettes qu'on aura enveloppées dans une autre serviette dont les coins seront fermés en bourse à l'aide d'une ficelle ; y plonger également une autre serviette dans laquelle seront enveloppés les objets destinés à l'ébullition : brosses, sondes, canules, tubes de caoutchouc, bock ; 2° dans une autre marmite on fera bouillir dix litres d'eau. On portera à l'ébullition pendant trois quarts d'heure. Ne pas enlever le couvercle de la bouilloire, même quand la stérilisation sera achevée.

Médicaments et objets de pansement. — On se procurera chez le pharmacien les choses suivantes :

A. Chloroforme ou éther. Avoir un flacon de rechange, en cas de brisure. — B. Alcool à 95° pour flamber les cuvettes et nettoyer le malade. — C. Paquets de sublimé ainsi formulés : sublimé, 1 gr. ; sel marin, 5 gr. ; bleu de méthyle, q. s. pour un paquet n° X. — D. Ouate hydrophile en bande. — E. Bandes de tarlatane de 10 mètres de long, sur 10 centim. de large. — E. En cas de fracture compliquée ajouter : *a*) 3 kilog. de plâtre à mouler ; *b*) 10 mètres courants de tarlatane ; *c*) trois ou quatre bandes de toile de 10 mètres de long sur 6 à 8 centimètres de large.

N.B. — Si au lieu d'une solution-mère, on veut faire préparer par le pharmacien la solution antiseptique, pour s'en servir telle que, on recommandera à ce dernier de la mettre dans des litres qui, après avoir été remplis par la solution, puis bouchés à l'aide d'un tampon d'ouate, seront placés au bain-marie et portés à l'ébullition pendant une demi-heure. Le bouchon de ouate ne sera enlevé que par le chirurgien, à moins que le préparateur ne l'ait remplacé par un bouchon de verre ou de caoutchouc.

Nettoyage des mains et des avant-bras. — Réduit à sa plus simple expression, il comprend un brossage dans l'eau chaude savonneuse, durant sept à huit minutes, puis un rinçage dans l'eau stérilisée ; et enfin l'immersion dans le sublimé, pendant deux minutes. Il faut donc dix minutes pour se laver les mains. Il est impossible d'abréger, surtout la durée du savonnage Les ongles doivent être coupés ras, et les manches de chemise relevées jusqu'au-dessus du coude. Si, après cette désinfection, on vient à frôler un objet quelconque, il faudra recourir à un nouveau nettoyage au savon, puis à un rinçage au sublimé. On se rincera toujours les mains dans l'eau stérilisée, avant de les plonger dans le sublimé, car le savon précipite les sels mercuriels et neutralise leur action.

Nettoyage du champ opératoire. — Raser à l'avance, sur une très grande étendue. Par exemple, pour une hernie uni-latérale, raser depuis l'ombilic jusqu'à mi-cuisse, en y comprenant les aines et le scrotum, des deux côtés. Pour une opération portant sur le crâne, il faut raser tous les cheveux. Le rasage étant terminé, la région sera brossée et savonnée comme les mains. On lavera ensuite à l'alcool.

Bagage du chirurgien. — L'opérateur devra être pourvu des objets suivants : *a*) instrument, un bistouri (de Chassaignac), six pinces hémostatiques (de Kocher), une pince à disséquer à griffes, un écarteur (Farabeuf), une aiguille à manche (de Doyen), une paire de ciseaux droits, une scie petite à dos mobile, une pince coupante (de Ristos) ; *b*) du fil à coudre ordinaire solide, pour les ligatures et les sutures perdues ; du crin de Florence pour les sutures cutanées. Le fil sera roulé sur un tampon de gaze : *c*) des compresses de gaze non apprêtées, grandes comme des mouchoirs et pliées comme ces derniers. Ces compresses servent pour éponger le sang et pour couvrir la plaie en faisant partie du pansement.

Tous ces objets seront également portés à l'ébullition : les instruments pendant une demi-heure, les compresses et les fils pendant trois quarts d'heure.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Traitement des fractures de l'olécrâne par le cerclage.

M. le Dr *Gustave Decq*, de Rozoy-sur-Serre (Aisne), a consacré sa thèse à l'étude du traitement des fractures de l'olécrâne par le cerclage, selon la méthode employée particulièrement par M. le Dr Legueu.

Nous emprunterons à ce travail très complet les principaux éléments de cet article.

I.

Fractures de l'olécrane.

Ces fractures sont relativement rares chez l'adulte et tout à fait exceptionnelles chez l'enfant. Leur origine est, comme pour toutes les fractures, tantôt un traumatisme direct, tantôt une cause indirecte ou une action musculaire.

Fracture directe. — L'olécrâne se brise à peu près toujours sous l'action d'un traumatisme direct frappant le coude en flexion à angle droit. Ce traumatisme est, le plus souvent. une chute : 27 fois sur 35 cas (Malgaigne). Quelle que soit la cause directe de la fracture, il paraît d'ailleurs inévitable qu'une cause indirecte, la contraction musculaire, entre en jeu. En effet, au moment de la chute sur le coude, par exemple, le triceps se contracte énergiquement ; donc, pendant que le traumatisme produit un écrasement de l'apophyse, la contraction du muscle, brusque et violente, agissant au même instant sur l'os écrasé, y détermine un trait de fracture, presque toujours transversal et moyen.

Ce mécanisme est d'autant plus vraisemblable que Pingaud et Stimson ont démontré, par leurs expériences sur le cadavre, qu'on ne détermine jamais la fracture classique, mais des cassures comminutives. Pingaud en tire cette conclusion, que, chez le vivant, l'olécrâne, sollicité, ou tout au moins retenu en arrière par la forte contraction du triceps, à l'instant où le coude rencontrant le sol, le poids du corps tend à ployer fortement l'avant-bras en avant, cède par double inflexion. » En résumé, si la fracture de l'olécrâne est le plus souvent une fracture par cause directe, du moins subit-elle l'influence plus ou moins considérable de la contraction musculaire. Nous notons cette influence en y insistant, car nous aurons l'occasion d'y revenir à propos du traitement.

Fracture indirecte. — En dehors de cette action secondaire, la contraction musculaire peut jouer le rôle principal dans la fracture de l'olécrâne ; le fait, signalé par Fletcher, Richerand, Blandin, est d'ailleurs exceptionnel.

D'après Rieffel, en dehors de la contraction du triceps, il semble que, pour se produire, ces fractures exigent une certaine flexion de l'avant-bras, flexion déterminée par une force à laquelle résiste le triceps.

Dans la fracture indirecte due à une chute sur la main, l'avant-bras étant dans l'extension forcée, le cubitus bascule en arrière, tandis que les ligaments latéraux du coude résistent et l'olécrâne se brise par flexion. Cette variété de

fracture est extrêmement rare, comme la précédente.

Le trait de fracture est tantôt transversal, tantôt voisin du sommet de l'apophyse, tantôt oblique en bas et en arrière avec détachement complet de l'olécrâne, tantôt enfin, longitudinal ou comminutif en plusieurs fragments.

La fracture de l'olécrâne est très rarement incomplète et assez souvent, au contraire, elle est ouverte, soit primitivement, comme dans les fractures de la base, soit secondairement par sphacèle des téguments.

Déplacement. — Régulièrement, l'olécrâne, séparé du cubitus, devrait remonter sous l'action du triceps ; toujours, on devrait trouver un certain écartement des fragments, exception faite cependant pour les fractures incomplètes et pour les fractures du sommet : dans ce dernier cas, en effet, par l'étendue de ses insertions, le triceps tend plutôt à empêcher tout déplacement.

Pourtant, fréquemment, il n'en va pas ainsi et l'effet de la traction musculaire est beaucoup moindre qu'il ne semblerait au premier abord. Cette action est en effet compensée par celle du système capsulaire, tendineux et périostique, qui unit l'olécrâne aux parties voisines et en particulier aux apophyses de l'humérus. Presque toujours, cet appareil fibro-tendineux est respecté et résiste à la traction du triceps. Rieffel en conclut, après Malgaigne, que l'écartement est en raison directe de l'étendue de la déchirure de ce surtout fibreux ; il est donc nul quand celui-ci est intact, faible quand sa rupture est limitée.

C'est pour cette raison que, dans la majorité des cas, on peut rétablir le rapport parfait des fragments, en mettant l'avant-bras en extension complète : on peut constater aussitôt la disparition du sillon qui les séparait, quand le membre était en flexion. Il est des cas, cependant, où, même dans l'hyperextension, il reste un interstice entre les fragments ; c'est que les liens fibreux ont cédé, probablement sous l'influence d'un brusque mouvement de flexion au moment où se produisait la fracture.

Il ne faut pas oublier de noter que la fracture de l'olécrâne s'accompagne souvent d'un épanchement intra-articulaire, assez abondant pour rendre le diagnostic difficile et empêcher, par le volume des caillots sanguins, la coaptation et la consolidation des fragments.

II.

SYMPTOMES.

Le tableau clinique des fractures de l'olécrâne est d'habitude assez bien marqué pour que le diagnostic en soit facile. Le blessé se présente presque toujours avec l'avant-bras demi-fléchi, qu'il supporte de sa main du côté opposé. Interrogé, il répond qu'à la suite d'une chute sur le coude, il a constaté immédiatement qu'il ne pouvait plus étendre l'avant-bras sur le bras et que les mouvements de flexion étaient également gênés. Cette impotence fonctionnelle rapide de l'articulation du coude, qu'elle soit due à la suppression de l'action du triceps, ou, ce qui paraît plus probable, à la douleur et à l'épanchement, n'est pas toujours absolue. Il n'est pas rare que le malade puisse encore exécuter assez librement de légers mouvements d'extension et de flexion ; c'est que le surtout tendineux dont nous avons parlé est resté à peu près intact. Les mouvements passifs réveillent la douleur, ainsi que la pression au niveau de la partie postérieure du coude.

Si l'on met à nu le membre blessé, on est tout de suite frappé de l'importance du gonflement, surtout si l'accident date déjà de plusieurs heures et à plus forte raison, s'il est survenu un ou plusieurs jours avant l'examen. Quelquefois même, ce gonflement diffus de tout le coude est tel que la recherche des signes anatomiques est masquée d'une façon absolue ; nous y reviendrons à propos du diagnostic. Si nous nous plaçons dans le cas où le blessé se présente aussitôt après l'accident, la palpation du coude permet de découvrir un certain nombre de symptômes. Le doigt, recherchant les points les plus douloureux, provoque au niveau de l'olécrâne le maximum de douleur et cela sur une ligne presque toujours transversale, suivant la partie moyenne de l'apophyse : c'est la ligne du trait de fracture. Une palpation plus minutieuse permet d'ailleurs de constater, le bras étant en flexion, un relief anormal de l'olécrâne, séparé du reste du cubitus par un interstice en coup de hache, qui mesure l'écartement des deux fragments. Quelquefois il serait possible de sentir au fond de la dépression transversale, la fluctuation articulaire ou l'interposition de parties étrangères : caillots sanguins, lambeaux fibreux. Il faut se bien garder, dans cette recherche de l'écartement, d'exagérer la flexion de l'avant-bras sur le bras ; ce mouvement pourrait, en effet, déchirer les derniers liens fibreux péri-olécrâniens et aggraverait ainsi les lésions.

L'écartement n'existe plus ou, du moins, est à peine appréciable, si le chirurgien, fixant d'une main le fragment olécrânien, porte, de l'autre main, l'avant-bras en extension. Lorsque le mouvement est terminé, la coaptation des fragments est en général complète, à moins que des débris fibreux ne les séparent. Dans ce cas, l'écartement se réduit à une simple rainure, mais est suffisant cependant pour empêcher la formation d'un cal osseux.

En saisissant le fragment entre les doigts, il est toujours facile de retrouver la mobilité anormale, même si le déplacement est nul. L'amplitude de ces mouvements latéraux renseigne sur l'état de conservation des liens fibreux cubito-huméraux.

La crépitation osseuse n'est pas toujours facile à saisir, surtout lorsque l'écartement est marqué : pour l'obtenir, il faut placer l'avant-bras dans l'extension complète et reprendre le même mouvement que pour la mobilité anormale.

Cette description se rapporte aux fractures transversales. Les fractures du sommet sont difficiles à reconnaître ; d'après Tripier, en voici les signes principaux : absence de crépitation et de mobilité latérale, limites du fragment qui semble épargner les insertions latérales du triceps, conservation des mouvements d'extension dans leur étendue normale.

Dans certains cas, la partie inférieure rugueuse du fragment olécrânien soulève les téguments qui peuvent être perforés : la fracture est ouverte. L'extrémité cubitale se perçoit, coupée en biseau aux dépens du bord postérieur de l'os.

En résumé, le diagnostic des fractures de l'olécrâne est facile, quand tous les signes que nous avons passés en revue peuvent être retrouvés. Malheureusement le gonflement masque parfois ces signes d'une façon absolue. Dans ces cas, on ne peut bien souvent que soupçonner l'existence de la fracture. On se basera pour le diagnostic sur les commémoratifs, l'impotence fonctionnelle immédiate et complète du membre blessé, l'apparition soudaine d'un gonflement énorme de la région du coude, l'habitus du blessé. Parfois le diagnostic ne pourra être établi que plusieurs jours après, lorsque, sous l'influence de la compression et du massage, l'épanchement se sera considérablement résorbé.

Marche et pronostic. — La marche des fractures de l'olécrâne est simple : après la disparition du gonflement, la réunion s'opère en 25 ou 30 jours, dans les cas favorables. Pour que le résultat soit parfait, il faut que la consolidation se fasse par un cal osseux. Or, la clinique nous apprend que si le cal osseux existe dans les fractures longitudinales et les fractures transversales sans écartement, il est exceptionnel quand les fragments ne sont plus tout à fait en contact. Le cal est le plus souvent fibreux et bien qu'il soit parfois tellement serré qu'on peut croire à une réunion osseuse, ce cal fibreux est loin d'être parfait au point de vue de l'avenir fonctionnel du membre.

Le meilleur traitement consistera donc à faire disparaître rapidement l'épanchement articulaire, à empêcher l'action nuisible du triceps, à mettre en contact parfait les fragments osseux, enfin à mobiliser rapidement l'articulation.

III

Traitement par le cerclage.

« *Manuel opératoire.* — Le cerclage de l'olécrâne est une opération très simple, une des plus faciles à exécuter pour un chirurgien aseptique. On peut en dire ce que Jalaguier dit de la suture de l'olécrâne : « un étudiant de la première année peut la faire quand il l'a vue une seule fois. »

« L'anesthésie par le chloroforme ou l'éther paraît ici nécessaire ou du moins préférable à l'anesthésie locale, car le malade doit garder une immobilité absolue.

« Les instruments indispensables sont, outre les ciseaux, le bistouri, les pinces à forcipressure et à disséquer, et l'aiguille, un perforateur. Ce perforateur pourra être, soit le villebrequin à mèche fine, soit plus simplement la petite vrille en acier que l'on trouve couramment dans le commerce et qui est d'une désinfection facile. Nous n'avons pas à insister sur la nécessité de stériliser parfaitement les instruments et de faire l'asepsie aussi parfaite que possible de la région sur laquelle on va opérer. Il faut se rappeler cependant que l'opération va faire d'une fracture fermée une fracture ouverte et en communication avec une articulation ; que par conséquent la moindre négligence, la moindre faute contre l'asepsie pourrait avoir les plus fâcheux résultats.

« Vercoustre conseille de placer un lien élastique sur le bras afin d'arrêter la circulation et opérer à blanc ; cette précaution nous paraît bien peu importante, surtout dans une région où l'on ne court pas le risque de rencontrer un gros vaisseau. Après avoir placé les compresses bouillies qui limitent le champ opératoire, le chirurgien peut commencer l'opération qui va se faire en quatre temps principaux. La technique opératoire que nous exposons est exactement celle suivie par Legueu ; il a bien voulu en approuver la description.

« *Premier temps.* — Un aide soutenant le membre malade, placé en flexion, adduction et rotation en dedans, l'opérateur fait son incision. Cette incision sera curviligne, à concavité supérieure, s'étendant sur toute la partie postérieure du coude et allant de l'épitrochlée à l'épicondyle. Cette forme de l'incision est préférable à toute autre puisque l'on veut pour ainsi dire, comme dans le cerclage de la rotule, rassembler les fragments en suivant avec le fil toute la circonférence de l'os.

« *Deuxième temps.* — Il consiste à disséquer un lambeau de peau suffisant, pour bien mettre à nu le foyer de la fracture. On aperçoit, alors, les deux fragments plus ou moins éloignés l'un de l'autre, et l'interstice compris entre les deux, rempli de caillots, s'il s'agit d'une fracture récente. Ces caillots s'enlèvent aisément avec la curette et si des lambeaux fibreux se sont insinués entre les deux fragments, il est facile de les retirer ou de les couper avec des ciseaux. Dans le cas, au contraire, où l'on opère sur une fracture ancienne avec cal fibreux, il faut supprimer entièrement ce cal et aviver avec la curette ou une petite rugine les surfaces osseuses, afin d'obtenir une coaptation parfaite. Il est d'ailleurs facile de s'assurer qu'il en sera ainsi, en faisant mettre par l'aide le bras en extension complète.

« *Troisième temps.*— C'est la partie la plus importante de l'opération. L'aide maintenant toujours le bras en flexion, l'opérateur, armé d'une aiguille courbe de Reverdin, l'enfonce une première fois dans le tendon du triceps, qu'il perfore de part en part, de dedans en dehors au niveau du sommet de l'olécrâne. Puis le fil d'argent est passé. Dans une deuxième manœuvre, l'aiguille enfoncée sur la partie latérale interne du fragment supérieur, à partir du trait de fracture, remonte à travers le tissu fibreux, va chercher le fil d'argent et lui fait suivre son trajet. Même manœuvre pour la partie latérale externe du fragment olécrânien. Ensuite, à environ un centimètre au-dessous du trait de fracture et par conséquent des orifices de sortie du fil, l'opérateur perfore l'extrémité cubitale. Le chef externe du fil passé dans le canal osseux ainsi créé vient retrouver le chef interne. Il n'y a plus qu'à tendre le fil, tordre ses extrémités, les couper au ras et les rabattre sur l'os, après s'être assuré toutefois que les deux fragments sont en contact absolument intime.

« *Quatrième temps.*— L'opération se termine par la suture de la peau au crin de Florence et la protection de la plaie par un pansement aseptique.

« Si, au lieu d'une fracture fermée, on se trouve en présence d'une fracture ouverte et peut-être déjà infectée, l'opération sera exactement la même jusqu'au quatrième temps ; arrivé là, il sera prudent d'établir un drainage, de laisser complètement ouverte la plaie des téguments et de ne

la fermer qu'au premier pansement, alors que la suppuration ne sera plus à craindre. Cette précaution nous paraît d'autant plus indispensable que dans un des cas publiés par le professeur Berger, il y eut suppuration de l'article et infection pulmonaire consécutive avec mort du malade.

« B) *Soins consécutifs.* — L'opération une fois terminée, le bras est immobilisé dans le pansement, simplement. La position qui a paru la plus favorable à Legueu est l'angle obtus, de sorte qu'il n'y a aucun tiraillement sur le fil et les fragments. Au bout de quatre ou cinq jours, on refait le pansement, à angle droit cette fois, de façon à éviter toute tendance à l'ankylose ou même à une simple raideur du coude. Enfin le huitième ou le dixième jour, le pansement est supprimé, les points de suture enlevés, et le traitement par le massage commence.

« Deux fois par jour, on fera des séances de massage de dix minutes, massage non seulement de la région du coude, mais de tout l'avant-bras et du bras et en particulier du triceps. Celui-ci est toujours un peu atrophié, il sera bon de l'électriser pendant quelques jours. En même temps que le massage, on fera faire à l'articulation des mouvements de plus en plus étendus.

« Après chaque séance, les bains locaux très chauds seront une pratique excellente.

« C) *Résultats.* — La guérison est généralement complète vers le vingtième jour.

« D) *Avantages. Indications.* — D'après ce que nous venons de voir, « le cerclage » de l'olécrâne est donc le procédé opératoire qui possède les qualités les plus nombreuses. Il permet, en effet, de vider l'articulation des caillots de sang qu'elle renferme, de débarrasser la surface des fragments, des débris fibreux ou périostiques qui les séparent, de s'assurer enfin que ces fragments peuvent être mis en contact parfait. En outre, « le cerclage » n'a aucun des inconvénients reconnus à la suture osseuse : risques de fragmentation de l'olécrâne au moment où on le perfore, saillie du fil métallique à l'intérieur de l'article. Enfin, le « cerclage » est applicable à tous les cas. En effet, que le fragment supérieur soit très petit ou que l'olécrâne soit réduit en éclats, il sera toujours possible de conduire à travers le tissu fibro-tendineux qui l'entoure une anse métallique, qui contournera ses bords interne, externe et sa pointe et qui assurera la coaptation parfaite des fragments.

« Nous nous croyons donc autorisé à conclure que le « cerclage » sera indiqué dans tous les cas où l'écartement sera assez marqué, où l'on constatera l'interposition des parties molles, où les liens huméro-olécrâniens seront largement déchirés ; dans les cas enfin, où il s'agira d'une fracture ouverte. C'est-à-dire que « le cerclage » est appelé à supplanter complètement la suture osseuse et à enlever le traitement d'un très grand nombre de cas aux méthodes non sanglantes. »

Dr Paul HUGUENIN.

PROPHYLAXIE

La désinfection obligatoire.

LES PROCÉDÉS DE DÉSINFECTION.

L'article 7 de la loi ayant pour objet la protection de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. 7. La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4 ; les procédés de désinfection devront être approuvés par le Ministre de l'Intérieur, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France... etc. »

Dura lex, sed lex : la loi est dure, mais c'est la loi. Il est à présumer qu'à dater du 19 février prochain, elle recevra son application. Dans quelle mesure ? Chi lo sa ? Mais quelle que soit la rigueur des prescriptions des divers règlements que son application aura engendrés, tous les citoyens devront — nul n'est censé ignorer la loi — les exécuter dans leur intégrité.

Et pourtant cette loi ne va-t-elle pas bouleverser des habitudes, secouer des torpeurs, remuer des inerties, briser des préjugés, accabler la routine ?

A Paris, dans les grandes villes, tout ira certainement pour le mieux. On inventera — on a inventé, pourrai-je dire, — quelque machine bien compliquée, bien savante, d'une application très difficile, qui nécessitera tout un personnel expérimenté, mais, douce perspective, qui entraînera la création ou nécessitera le maintien d'ad-mi-nis-tra-tions aux nombreuses sinécures.

En province, dans les petites villes, dans les communes, il en ira sans doute de toute autre façon : ce n'est pas s'ériger en prophète que de le dire.

Croyez-vous que — ne parlons pas même des communes, mais des petites villes — croyez-vous que les municipalités seront toutes disposées à acheter très cher la machine très compliquée qui recevra — je pourrais dire qui a reçu — l'estampille officielle dont il est parlé dans ce fameux article 7.

Croyez-vous que ces mêmes municipalités consentiront à payer un personnel spécial pour utiliser cet appareil ?

Mais leur budget n'y suffirait pas ! et je connais, pour ma part, pas mal de pays, où s'il se pouvait trouver quelques fonds communaux disponibles, on les emploierait à des travaux d'amélioration de la voirie, d'aération de quartiers, travaux hygiéniques aussi et d'une autre utilité, d'une autre urgence, que l'achat de la « machine officielle » ?

Il est juste de reconnaître que la désinfection est une opération de toute utilité, qui a déjà rendu de grands services en diminuant les contagions, écartant les épidémies, et que, multipliée, elle est appelée à modifier favorablement, et chaque jour davantage, l'état sanitaire des populations. Il ne faut cependant rien exagérer ; les appareils compliqués, embarrassants et coûteux feront certes bien leur besogne, ils détruiront tous les microbes, et 24 heures après, on permettra l'accès sans danger des locaux soumis à leur action ; alors, le propriétaire, joyeux et tranquille, entrera en rapportant quelques nouveaux milliers de microbes à la semelle de

ses bottes. Dans la prophylaxie des maladies contagieuses, la propreté est le grand facteur. On peut désinfecter chez des gens malpropres, la contagion y pourra toujours revenir en maîtresse. Dans les locaux bien tenus seuls, la désinfection fait œuvre utile à la condition d'être répétée fréquemment, c'est pourquoi les appareils compliqués et coûteux, pour être des objets dignes de l'admiration des savants, ne rendront jamais les services qu'on en attend parce qu'il leur manque deux qualités : parce qu'ils ne sont ni pratiques, ni économiques.

Ce sont là deux qualités indispensables qu'il est nécessaire de rencontrer dans un procédé de désinfection avec cette autre, primordiale : l'efficacité. La province n'admettra pas d'appareils qui ne soient simples et peu coûteux. Que diable ! on a beau faire des lois, le médecin ne peut se mettre en guerre contre ses clients ; son devoir, son intérêt, est de leur donner toute satisfaction ; or, le médecin n'est pas un mythe qui peut vivre de l'air du temps.

Déjà, M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, nous avait dit, dans l'*Echo médical du Nord*, qu'avec des moyens simples on pouvait atteindre à une désinfection parfaite. Il n'en mettait pas moins à contribution, dans son petit arsenal, un assez grand nombre de substances et beaucoup d'opérations manuelles : lait de chaux, chlorure de chaux, savon de Marseille, lessive ordinaire, eau de Javel, lysol, acide phénique, sans compter le soleil, qui ne répond pas toujours à l'appel, et souvent aussi l'incinération, qui est un pis aller et un aveu d'impuissance. De telle sorte que si chacun de ces moyens est réellement simple, l'ensemble d'une désinfection par ces procédés n'en demeure pas moins complexe, exigeant beaucoup de temps et bien des manipulations.

Elle ne pourrait être souvent renouvelée, comme il convient en temps d'épidémie, sans que la maison soit, pour ainsi dire, constamment mise à sac. Et, si l'administration devait faire pratiquer ces opérations par ses agents brevetés, le home du malade serait envahi en permanence par les désinfecteurs officiels.

Nous sommes donc conduits à ne guère retenir de la communication de M. Calmette qu'un seul point, mais il est capital : c'est que la désinfection réclame des procédés simples et peu coûteux. Et il nous plaît beaucoup d'appuyer notre opinion sur un nom qui fait autorité dans les milieux qui délivreront l'estampille prévue par l'article 7 au paragraphe qui annonce à ce sujet un règlement d'administration publique.

Notre très honorable confrère, le docteur Treille, sénateur de Constantine, avait proposé lors de la discussion de la loi — parlant alors au nom de plusieurs milliers de médecins et, d'ailleurs, au nom du *Concours médical* — un amendement à l'article 7 ainsi conçu.

« Art. 7. La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies contagieuses, elle ne sera appliquée administrativement que sur la demande du médecin traitant ou lorsque celui-ci n'aura pas déclaré avoir fait prendre lui-même les mesures nécessaires. »

L'amendement ne fut pas adopté ; mais M. le rapporteur de la loi dit du haut de la tribune :

« Le médecin pourra et devra indiquer à la « famille quels sont les meilleurs moyens de « désinfection à employer. Il en a le droit et le « devoir ; et s'il lui semble que tel procédé, « jugé efficace par l'approbation des corps savants, est meilleur que celui qui est employé « par l'administration de la ville où il habite, il « conseillera d'employer ce procédé... »

Auparavant, il avait dit.

« Dans ces dernières années, nous avons vu « fonctionner une série d'appareils dont je ne « veux pas nommer les auteurs, mais dont certains nous paraissent excellents et pleins d'a- « venir... Il est probable que les étuves qui « coûtent très cher pourront être remplacées « un jour par des procédés de désinfection « moins coûteux et tout aussi efficaces... »

Ces déclarations devaient nous donner toute sécurité : nous sommes persuadés que l'Institut Pasteur, ce temple de la science, dont les savants qui en font la gloire sont en dehors de tout fonctionnarisme, examinera scrupuleusement les procédés qui lui seront soumis au double point de vue de la simplicité et de l'efficacité et qu'il proposera au ministre de l'Intérieur d'accorder l'estampille officielle, en même temps qu'aux grands appareils rigoureusement scientifiques, mais peu pratiques dans le plus grand nombre des cas, à des appareils qui, pour être plus simples, permettront aux populations d'obéir à la loi.

Nous est-il permis maintenant d'exprimer quelques desiderata sur ce que devront être ces appareils ? Nous nous sommes tenus jusqu'ici dans des généralités pour aboutir à cette conclusion : il faut aux praticiens un procédé simple ; n'est-ce pas le moment d'examiner en détail les divers appareils dont ils disposent actuellement et de formuler les critiques qu'en a soulevées l'emploi.

(*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

Consultation sur un cas où la responsabilité médicale est fréquemment invoquée.

M. le Dr Aubeau publie dans le *Bulletin mensuel de la clinique générale de Chirurgie* l'article suivant dont nous recommandons la lecture à tous nos confrères, mais spécialement à ceux qui sont chargés d'expertise pour établir et apprécier la responsabilité incombant au traitement institué contre les grands traumatismes articulaires.

Il y a là, en effet, un terrain de chicane qui sera de plus en plus exploité, notamment dans l'application de la loi sur les accidents du travail. Le médecin traitant peut souvent s'y trouver pris entre les intérêts divergents des assureurs et du sinistré. Il importe que l'expert, son confrère, éclairé par des modèles de consultation comme celui que nous reproduisons ci-dessous, détermine bien, dans chaque cas particulier, le point où commencerait la *faute grave*. Cela permettra de constater combien elle est rare, et d'établir que, dans cette matière, celui qui juge après coup ne doit jamais oublier que :

La critique est aisée, mais l'art est difficile.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

A propos des clichés radiographiques des *Fractures de l'épaule*, de notre collaborateur et ami Le Bayon, nous recevons d'un confrère habi-

tant un département éloigné, la lettre suivante que nous publions avec notre réponse, en supprimant simplement les noms.

Monsieur et honoré confrère.

Je viens de recevoir votre *Bulletin mensuel de la Clinique générale de Chirurgie* où j'ai vu plusieurs clichés radiographiques de fractures de l'épaule. J'ai en ce moment un cas embarrassant :

Le 28 février, je visitai un jeune homme de 18 ans sur le bras gauche duquel une roue de voiture avait passé. Je trouvai une fracture du tiers supérieur de l'humérus et un gonflement considérable de l'épaule.

Après quatre semaines de traitement (planchettes), le gonflement parti, je commençai les mouvements et m'aperçus que le bras avait tous les mouvements sauf celui d'abduction. Il ne pouvait lever son bras. Je lui fis du massage, mais le client impatient alla à l'hôpital de X... où M. Z... diagnostiqua une luxation de l'épaule en-dessous. On fit l'examen radiographique et le cliché montra, en plus de la fracture du tiers supérieur,une deuxième fracture intracapsulaire. Dans ces conditions, M.Z. reconnut l'inutilité d'une opération et renvoya mon client, en lui ordonnant, comme moi, du massage et des mouvements.

Mais les parents du jeune domestique, trompés par ces premières paroles du confrère : *Il y a luxation méconnue*, m'attaquent, solidairement avec le patron, en dommages et intérêts.

M. Z..., à qui j'ai demandé un certificat, ne voulant se déjuger, maintient son diagnostic de luxation, en disant que l'épreuve n'est pas nette.

Je voudrais que vous ayez la bonté de me dire si, en présence d'une lésion pareille (2e fracture intracapsulaire), je pouvais : 1° la reconnaître ; 2° la guérir d'une autre façon et à temps, et si mon résultat (formation d'une pseudarthrose permettant avec le temps presque tous les mouvements du bras gauche), justifie l'incrimination d'une *faute grave*.

Agréez, cher et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr B...

Monsieur et honoré confrère,

Avec toute la discrétion décente en pareille matière, je me permets de reproduire, dans le journal, votre lettre et la réponse qu'elle motive.

J'espère que cette publicité provoquera la révélation de faits analogues et aboutira à la fixation du point litigieux. En toute éventualité, elle soumettra une question technique à l'étude et à la discussion des *hommes de science*, avant qu'elle soit livrée à l'impression et au jugement des *hommes de loi*.

Votre cas n'est pas seulement intéressant pour vous-même, mais aussi pour tous les membres de notre profession ; chacun de nous étant exposé à se trouver, d'un moment à l'autre, aux prises avec les mêmes difficultés, les mêmes critiques, les mêmes responsabilités et les mêmes revendications.

En effet, les *primitifs* obéiront toujours au besoin, instinctif et quelque peu réflexe, qui les porte à rejeter, sur autrui, la responsabilité du mal qui leur arrive et à en tirer vengeance, surtout si vengeance comporte profit.

Toujours aussi, quelque dogmatiseur, présomptueux et têtu, fomentera ou envenimera la querelle par des affirmations maladroites, légères, ou malveillantes, hélas ! Se faire valoir aux dépens des autres est encore un besoin si naturel aux hommes !

Pardonnez-moi ces digressions psychologiques et abordons l'étude scientifique de votre cas.

Il s'agit, non d'un traumatisme simple (coup ou chute), mais d'un traumatisme d'une gravité exceptionnelle (passage d'une roue de voiture sur le bras).

Il est de notion vulgaire que ces grands traumatismes entraînent généralement des désorganisations assez graves : 1° pour *compromettre la vie*, dans certains cas ; 2° pour entraîner, dans d'autres circonstances, *la perte du membre* (pour ma part, j'ai dû pratiquer la désarticulation de l'épaule dans un cas analogue au vôtre) ; 3° en règle plus générale, et quand on a la chance de pouvoir faire de la chirurgie conservatrice, pour compromettre plus ou moins complètement et d'une façon plus ou moins définitive les fonctions du membre conservé.

On peut observer, en effet, en pareil cas : l'attrition des parties molles, portée à un tel degré qu'elles sont réduites en bouillie et vouées à la gangrène ; la déchirure des gros vaisseaux avec des hémorrhagies considérables et toutes leurs conséquences ; l'écrasement des filets, des troncs ou des plexus nerveux avec toutes les complications possibles, le broiement des os (fractures multiples, fractures en sac de noix, parfois comminutives) ; la destruction des parties constituantes des articulations, os et parties molles ; en un mot, *des lésions incompatibles avec la restauration, ad integrum, des fonctions du membre.*

En présence d'un accident de cette nature, le médecin ne peut, en général, ni faire un diagnostic précis, ni porter un pronostic définitif, ni instituer un traitement répondant à tous les *desiderata.*

Quand il pense pouvoir tenter la chirurgie conservatrice, il *fait pour le mieux* c'est-à-dire qu'il immobilise le membre dans la *meilleure position possible*, qu'il surveille son malade et se tient prêt à remplir les indications, à mesure qu'elles se présentent.

C'est ce que vous avez fait et il ne semblerait pas que votre conduite pût être incriminée.

Un hasard, heureux pour le malade, veut que les lésions se soient bornées à un fort épanchement de sang, à une fracture de l'humérus au 1/3 supérieur et à une lésion articulaire (luxation pour le confrère consulté, fracture intracapsulaire pour le radiographe), reconnue après coup, c'est-à-dire quand la vie du malade était hors de danger et quand la fracture de la diaphyse était consolidée.

L'on vous reproche, comme une faute grave, d'avoir méconnu cette seconde lésion et l'on vous attaque en dommages et intérêts pour les troubles fonctionnels qui *paraissent* en résulter.

Les questions qui se posent et se confondent d'ailleurs sont donc celles-ci : 1° Avez vous réellement commis une faute grave ? 2° Êtes-vous réellement responsable de l'invalidité partielle du malade ?

Avant d'entrer dans le détail de l'argumentation, on peut répondre *a priori* négativement à ces deux questions, en s'appuyant sur les considérations générales que j'exposais à propos des grands traumatismes.

On peut répondre négativement :

1° Parce qu'il était impossible de faire un diagnostic minutieux au moment où vous avez été

appelé, par suite de l'épanchement sanguin qui masquait les lésions ; et plus tard, parce que pour découvrir la lésion articulaire, il eût fallu imprimer au membre des mouvements propres à empêcher la consolidation de la fracture de la diaphyse ;

2° Parce que vous ne pouviez pronostiquer une issue absolument favorable, le diagnostic laissant fatalement dans l'ombre des inconnues ;

3° Parce que le traitement ne pouvait s'adresser qu'à l'*attrition* générale des tissus et à la lésion reconnue et d'apparence dominante, c'est-à-dire à la fracture de la diaphyse.

En ce qui concerne ma pratique personnelle, sans reparler du cas pour lequel j'ai dû pratiquer la désarticulation de l'épaule, j'ai rencontré à plusieurs reprises des faits identiques au vôtre. C'est-à-dire que j'ai trouvé, en même temps qu'une forte attrition des parties molles et un épanchement sanguin considérable, une fracture du corps de l'humérus et une lésion articulaire (luxation ou fracture).

J'ai pu, en règle générale, faire le diagnostic de cette seconde lésion, au moment de l'accident, soit par le seul examen clinique, soit à l'aide de la radiographie. J'ai tenté d'agir sur la lésion articulaire, soit en réduisant la luxation, soit en coaptant les fragments de la fracture supérieure. En général aussi, je n'ai pas obtenu de meilleur résultat que vous. C'est-à-dire que j'ai observé une bonne consolidation de la fracture de la diaphyse, mais que les résultats ont laissé beaucoup à désirer quant aux mouvements ultérieurs de l'articulation. Je ne suis pas le seul, croyez-le bien ! J'ai eu quelques cas tout à fait heureux, mais je suis forcé d'avouer que ces résultats favorables sont plutôt dus à une bonne chance qu'à mon intervention.

Si nous consultons les traités classiques qui font foi en la matière, voici ce que nous apprenons.

« Les grands traumatismes occasionnent souvent plusieurs fractures simultanées. Les difficultés sont d'autant plus grandes que la fracture siège plus près des extrémités articulaires.

« *Dans les cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, la complication la plus à redouter est, sans aucun doute, l'arthrite et l'ankylose fibreuse de l'articulation.*

« *Dans le cas où il existe simultanément une luxation de l'épaule et une fracture du corps de l'humérus* : « lorsque la fracture occupe la partie moyenne de la diaphyse humérale, elle n'a qu'une importance médiocre, car le fragment supérieur est assez long pour donner prise et permettre la réduction de la luxation ; la fracture est ensuite immobilisée. *Au contraire, les fractures du quart supérieur de l'humérus, associées à la luxation de l'épaule, peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic considérables et la thérapeutique que cette double lésion réclame est délicate à établir.* » (*Traité de chirurgie*, sous la direction de Simon Duplay et P. Reclus. Article *Luxation*, par C. Nélaton. Paris, Masson, éditeur, MDCCCXCI).

« Les moyens de traitement employés sont (je continue la citation) : 1° la réduction par la méthode ancienne, qui consiste à laisser la consolidation de la fracture se produire et à ne commencer les manœuvres de réduction que lorsque le cal est résistant. Oger nous dit que, employée 10 fois, elle ne fut que 3 fois suivie de succès ;

« 2° La méthode de Riberi : *on ne cherche en aucune façon la réduction du déplacement; dès les premiers jours on communique les mouvements au membre fracturé, pour obtenir une pseudarthrose qui a permis plusieurs fois des mouvements assez étendus* ;

« 3° La méthode du refoulement, surtout défendue par Richet. Elle consiste, le malade étant anesthésié, à repousser, par une pression directe, la tête humérale dans la cavité glénoïde. Le bras est placé dans l'abduction et soumis à une traction légère, pendant que le chirurgien exerce le refoulement ;

« 4° Enfin lorsque la tête luxée est fracturée au niveau du col anatomique, que la méthode de *refoulement* a échoué, on peut pratiquer l'extirpation de la tête luxée. Cette extirpation est surtout indiquée en raison des compressions vasculaires et nerveuses qu'exerce la tête déplacée. » (*Ibid.*) (Consulter aussi l'article du Professeur Panas, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et l'article « épaule » de Félix Lagrange, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

Les classiques donnent donc raison à votre manière de faire et dégagent ainsi votre responsabilité.

Enfin, il n'est pas inutile d'ajouter quelques considérations accessoires.

Admettons, avec la radiographie, qu'il s'agit d'une fracture intracapsulaire. — Quelle est cette fracture ? — Dans certains cas, la fracture effectuée, la tête de l'humérus se retourne et oppose au trait du fragment inférieur sa surface cartilagineuse. En pareille occurrence, quelle consolidation peut-on espérer ?

Dans d'autres cas, il y a fracture par pénétration. Bien entendu cette fracture, comme les autres, entraîne ultérieurement des troubles dans la fonction du membre.

Qui donc oserait affirmer l'existence d'une telle fracture, quand il y a une infiltration sanguine énorme et quand il existe simultanément une fracture de la diaphyse ?

Et dans le cas où on arriverait à faire ce diagnostic (à l'aide de la radiographie, par exemple), quelle intervention diriger contre elle ?

Autre question : l'impotence fonctionnelle est-elle bien due à la lésion articulaire méconnue ?

N'est-elle pas attribuable, en totalité ou en partie, à la désorganisation, à l'atrophie ou à la paralysie du deltoïde ou d'autres muscles ?

Quand on accuse, il faut préciser.

Et si ma supposition est vraie, que peut bien faire un médecin ou un chirurgien, quand il se trouve en présence d'un muscle réduit en bouillie ou d'un nerf écrasé et désorganisé ?

Conclusions

1° La pratique que vous avez suivie est conforme à celle que recommandent les classiques. On ne saurait vous accuser de faute grave ;

2° En admettant que vous ayez méconnu la lésion articulaire, cette méconnaissance n'a entraîné aucun préjudice pour le malade.

Connue ou méconnue, la lésion entraînait les mêmes conséquences, qu'il s'agît d'ailleurs de luxation ou de fracture. La nature de la lésion n'a, dans l'espèce, qu'une importance secondaire.

Abordons maintenant une dernière face de la question.

Une intervention chirurgicale, résection partielle ou totale de la tête de l'humérus peut-elle améliorer la situation du malade ?

Et dans l'affirmative, est-il trop tard pour pratiquer cette intervention ?

Si j'en juge d'après la situation que vous décrivez, je pense qu'aucune opération ne donnerait de meilleurs résultats.

Au cas où une opération serait jugée utile, il est toujours temps de la pratiquer.

Mais, sur ce point, je me permettrai de vous donner un conseil ou plutôt de vous citer un fait très édifiant.

Il y a quelques années, un vieux chirurgien d'hôpital d'une ville des environs de Paris me demandait confidentiellement mon avis au sujet d'une expertise dont il était chargé par le parquet.

Un ouvrier de ferme, à la suite d'un accident de travail, avait eu une luxation sous-claviculaire de la tête de l'humérus.

La luxation était devenue irréductible, faute de soins opportuns, et l'ouvrier, incapable de se servir de son bras, attaquait son maître en dommages et intérêts.

Intercurremment, un jeune confrère, désireux d'acquérir de la réputation dans la région, avait proposé de faire, *gratuitement*, une opération réparatrice. Sa proposition acceptée, il avait été conduit à pratiquer tout simplement la résection de l'épaule et le fermier l'attaquait à son tour, en prétextant que son intervention avait aggravé la position du malade au lieu de l'améliorer.

Le rapport destiné à justifier l'intervention chirurgicale nous donna un peu de mal, mais son acceptation par le tribunal en donna beaucoup à l'expert. Et sans nous, le bouillant chirurgien eût payé cher son intervention *gratuite*. Je n'insiste pas sur la célébrité qu'il en obtint.

Soyez prudent, mon cher confrère. Avec les clients, bornés ou madrés, l'un n'exclut pas l'autre, on ne prend jamais trop de précautions oratoires et... opératoires.

Bien cordialement.

Dr A. Aubeau.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la prophylaxie de la syphilis,

Par le Dr Fernand Raoult (de Vernon). G. Steinheil, In-8° de 238 pages

Voici une remarquable monographie, qui devrait avoir sa place dans la plupart des bibliothèques médicales. Elle mériterait une longue analyse, si la place ne m'était pas mesurée, en raison de l'abondance des documents dont le journal dispose.

Ce travail arrive à son heure : médecins et littérateurs semblent s'être donné le mot pour combattre le fléau et prévenir le danger.

Bien des santés peuvent être sauvegardées avant et après la contamination. Le débat scientifique doit donc être élargi et le public ne saurait y rester indifférent.

J'appellerai plus particulièrement l'attention de mes lecteurs sur le chapitre IV : *La syphilis des campagnes* ; sur la deuxième partie de l'ouvrage : *nécessité de dissiper l'ignorance du public* et les *dangers du charlatanisme en matière de syphilis.*

Les malades qui s'en rapportent à la quatrième page des journaux, ou aux annonces des vespasiennes, sont généralement victimes d'une fausse sécurité. Ils se croient guéris pour toujours après la cicatrisation de l'accident primitif et ils ont plus tard des accidents d'une gravité extrême, sans compter ceux qui atteignent leur entourage et leur descendance. Le maire de Lyon vient de donner un bon exemple en supprimant les réclames mensongères, qui induisent tant d'infortunés en erreur.

Il ne sera pas inutile d'aborder la question du mariage des syphilitiques, et de rappeler avec le docteur Fournier et le docteur Raoult que « l'âge avancé de la diathèse diminue les chances d'accidents, surtout si ce temps a été utilement employé au traitement et que trois ou quatre ans ne sont qu'un minimum. »

Les imprudents qui se marient malgré la prohibition formelle de leur médecin ont généralement à se repentir de leur témérité ; le plus grand nombre d'entre eux aboutissent aux plus regrettables catastrophes.

On ne saurait trop approuver notre jeune auteur, lorsqu'il recommande la création de dispensaires spéciaux, méthodiquement répartis dans les divers quartiers des grandes villes.

De pareilles publications rentrent dans le cadre d'étude et de propagande de la *société de prophylaxie sanitaire et morale* ; elles contribueront peu à peu, j'ose l'espérer, à vaincre la torpeur des pouvoirs publics, à conjurer la dégénérescence et l'abâtardissement de notre race !

Dr Grellety (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Les études préparatoires à la médecine et les études médicales.— Suivant un décret publié à l'*Officiel* le 24 juillet, le baccalauréat de l'enseignement secondaire institué par le décret du 31 mai 1902 sera désormais admis, quelle que soit la mention inscrite sur le diplôme, pour l'inscription dans les facultés et écoles d'enseignement supérieur en vue des grades et titres conférés par l'Etat. Les études classiques ne seront donc plus obligatoires pour les futurs étudiants en médecine.

Voilà un premier fait à enregistrer.

Constatons maintenant : 1° que le nombre des élèves inscrits au P. C. N. va toujours diminuant depuis 1899 ; 2° que, malgré cela, le chiffre des diplômes de docteur délivrés chaque année se tient autour de 1150 ; 3° que l'année dernière, il n'a été accordé que 6 diplômes purement universitaires, c'est-à-dire ne donnant pas le droit d'exercer en France ; 4° que la fameuse circulaire Rambaud de 1897 qui devait limiter l'invasion étrangère, est restée jusqu'ici lettre morte.

Il serait curieux de savoir à qui incombe la responsabilité de ce dernier avortement.

Un vieux serment d'apothicaire. — Dernièrement, dans le procès de l'Union pharmaceutique de Lille, Me Mornard, choisi par le *Sou médical* pour démontrer à la Cour de Cassation la connexité des professions de médecin et de pharmacien, fut conduit à exhumer la formule du curieux serment prêté, dès le XIVe siècle, par ceux qui recherchaient le titre d'apothicaire.

Voici cette formule.

« Je jure de ne médire d'aucun de mes anciens maîtres, docteurs, pharmaciens ou autres quels qu'ils soient ;

« De supporter tout ce qu'il me sera possible pour l'honneur, la gloire, l'ornement et la majesté de la médecine ;

« De ne pas enseigner aux idiots et ingrats les secrets et raretés d'icelle ;

« De ne rien faire témérairement sans avis des médecins ni dans l'espérance du lucre ;

« De désavouer et de fuir comme la peste la façon de pratiquer scandaleuse et totalement pernicieuse,

de laquelle se servent aujourd'hui les charlatans, les empiriques, les souffleurs d'alchimie à la grande honte des magistrats qui les tolèrent ;

« Le Seigneur me bénisse tant que j'observerai ces choses ? »

N'est-il pas intéressant de rappeler ces souvenirs en présence du paquet de linge que lavaient en famille, dans le journal *La Presse*, au mois d'août dernier, les pharmaciens divisés en deux camps : rabaisiens et non rabaisiens ?

Le sanatorium philantropique du Mont-des-oiseaux et le sanatorium école de San Salvadour, (*Bulletin mensuel de l'Œuvre des enfants tuberculeux*, avril 1902). — A quelques kilomètres de la classique et vieille station d'Hyères, sur les bords de la Méditerranée, en face de la presqu'île de Giens et des Iles-d'Or, s'organisent deux nouveaux établissements, installés dans un parc de 120 hectares planté de bois de pins, d'eucalyptus, de mimosas et de palmiers ; les deux sanatoriums sont bâtis l'un à proximité de la mer, l'autre dans la montagne, à mi-côte ; merveilleusement abrités des vents, ils sont exposés l'un et l'autre en plein midi.

Le sanatorium de San Salvadour est réservé aux enfants. Il se compose de trois corps de bâtiments formant, par leur espacement, trois quartiers nettement distincts :

1° Le château de San Salvadour, célèbre dans toute la Provence par son architecture et son admirable exposition, a été aménagé pour les filles ;

2° Le petit château Louis XIII, dépendance du précédent, plus modeste, mais non moins vaste, a été transformé en sanatorium pour les garçons.

3° Un sanatorium de mer, placé en bordure de la Méditerranée, forme le complément des deux sanatoriums de cure d'air. Il recevra les malades pour lesquels le traitement marin est indiqué.

Une école hygiénique (sanatorium-école) doublera les services médicaux.

Le sanatorium du Mont-des-Oiseaux recevra les tuberculeux adultes curables des deux sexes.

Ces deux sanatoriums sont réservés à la classe moyenne avec un prix modéré et ouvriront leurs portes dans un avenir prochain.

L'emploi industriel de la céruse. — M. le Président de la République vient, sur le rapport du Ministre du commerce et de l'industrie, des postes et télégraphes, en vertu de l'article de la loi du 12 juin 1893, après l'avis du comité consultatif des arts et manufactures et le Conseil d'État entendu, de rendre le décret suivant réglementant l'emploi de la céruse.

« Art. 1er. — La céruse ne peut être employée qu'à l'état de pâte, dans les ateliers de peinture en bâtiment.

Art. 2. — Il est interdit d'employer directement avec la main les produits à base de céruse, dans les travaux de peinture en bâtiment.

Art. 3. — Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des peintures au blanc de céruse sont interdits.

Art. 4. — Dans les travaux de grattage et de ponçage humide, et généralement dans tous les travaux de peinture à la céruse, les chefs d'industrie devront mettre à la disposition de leurs ouvriers des surtouts exclusivement affectés au travail et en prescriront l'emploi. Ils assureront le bon entretien et le lavage fréquent de ces vêtements.

Les objets nécessaires aux soins de propreté seront mis à la disposition des ouvriers sur le lieu même du travail. Les engins et outils seront tenus en bon état de propreté, leur nettoyage sera effectué sans grattage sec.

Art. 5. — Les chefs d'industrie seront tenus d'afficher le texte du présent décret dans les locaux où se font le recrutement et la paye des ouvriers. »

L'interdiction consacrée par ce décret n'est qu'un premier pas dans la lutte contre le saturnisme industriel, mais il n'en faut pas moins se féliciter de voir la route désormais ouverte aux mesures prophylactiques de ce genre.

Unification des Pharmacopées. — Un premier pas va être tenté dans la voie de la création si désirable d'une Pharmacopée internationale. Le Ministre de l'Agriculture de Belgique prend l'initiative de réunir une conférence où sera discutée l'unification des formules des préparations médicamenteuses héroïques.

A propos d'une étude sur la nouvelle Pharmacopée belge, le *Scalpel*, 8 décembre 1901, p. 156, a signalé les écarts de dosage et d'activité existant actuellement de Codex à Codex pour diverses préparations héroïques. Il s'ensuit un réel danger à faire exécuter dans un pays une prescription formulée par un médecin d'un autre pays.

L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemarck, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, le Grand-Duché de-Luxembourg, la Norwège, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Suède, la Suisse et la Turquie seront représentés à la conférence de Bruxelles.

La délégation belge sera composée de délégués de l'Académie royale de médecine, de délégués de la Commission de la pharmacopée officielle et de fonctionnaires désignés par M. le Ministre de l'Agriculture.

Nous pouvons ajouter que MM. Pouchet, Bourquelet, Yvon et Guignard ont été désignés par nos Académies pour représenter la France à cette conférence, et qu'ils considèrent l'entente comme devant être facilement réalisable.

Mort de Virchow. — Le professeur R. Virchow est mort le 5 septembre à Berlin. Les jeunes générations médicales connaissent peu ce grand homme à qui sa longévité a permis de survivre à son œuvre, et que les travaux de Pasteur ont fait, quoi que puissent penser les Allemands, passer au second plan. Mais on ne saurait oublier que, pendant vingt ans, il a paru aux yeux de tous le maître incontesté des doctrines médicales. Sa *Pathologie cellulaire* a fait dans ces doctrines une révolution considérable, renouvelant et transformant l'ancien solidisme, de même que plus tard les microbiologistes avec leurs toxines, leurs antitoxines, leurs alexines, etc., ont repris la suite des affaires de l'ancien humorisme. D'ailleurs, pour avoir été un peu éclipsés par la bactériologie, les travaux de Virchow n'en conservent pas moins une immense valeur, et les faits exacts dont il a donné le premier la notion resteront parmi les précieuses conquêtes de la médecine au XIXe siècle.

En Allemagne, en dehors de son influence scientifique, Virchow a joué un rôle politique considérable qui ne fut pas toujours très heureux. En 1870, sans aller dans la voie de la diffamation aussi loin que Dubois-Reymond, il se montra, dans ses discours et dans ses études, impitoyable à l'égard de la France. Sans doute, les années avaient calmé ou adouci cette antipathie pour notre pays, car, il y a deux ans, il avait accepté de participer au Congrès international de médecine à Paris, et, au milieu des marques d'un respect unanime, il fit une conférence très écoutée pour clôturer la séance d'inauguration.

L'an dernier, l'Allemagne célébrait par des fêtes solennelles les quatre-vingts ans de son illustre savant. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur MILLIOT, à Herbillon (Oran), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 39 27 SEPTEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

FINANCIÈRE MÉDICALE

Avis

De nombreux confrères de province nous écrivent pour nous demander comment ils doivent établir leurs comptes avec *la Participation*, comme aussi avec les autres compagnies d'assurances accidents, maintenant que la circulaire ministérielle du 23 mars 1902, les dispense du certificat médical pour les petits sinistres entraînant une incapacité de travail de moins de cinq jours.

Nous rappelons ici à tous nos confrères que cette suppression a entraîné naturellement la dénonciation du forfait primitivement fixé à 15 fr. pour les petits sinistres.

Chacun de nous rentre donc dans le droit commun, ce qui vaut infiniment mieux, et il doit être rémunéré selon ses œuvres, c'est-à-dire au tarif ouvrier pour toutes ses consultations, visites ou interventions.

Quand la Cie pourra se passer des certificats médicaux, il est naturel qu'elle ne les paye pas. — Quand, au contraire, elle les réclamera, ils seront payés au tarif de 5 fr. l'un (le premier étant fait en duplicata au prix d'un seul).

N.D.C.A.

PROPOS DU JOUR

Les derniers défenseurs des Compagnies accidents.

Dans notre lutte contre les compagnies d'assurances-accidents, nous emportons successivement toutes les positions, et les alliances nous arrivent de tous côtés.

L'infatigable confrère Diverneresse (de Saint-Mandé), soutenu par nos sociétés de défense professionnelle, a démontré avec un rare succès aux ouvriers que leurs intérêts et nos préoccupations ne faisaient qu'une seule et même chose. Ses conférences pénètreront dans tous les ateliers et iront convaincre ceux-là même qui ne les auront pas entendues : si onéreuse que puisse être cette propagande, elle sera faite parce qu'elle doit l'être, et les budgets de nos sociétés s'uniront au besoin pour l'assurer.

Nombreux aussi sont déjà les patrons et groupes patronaux, qui ont adhéré à nos vues, de même que, dans le Parlement, nous n'en sommes plus à compter les concours certains.

Mais, il nous plaît surtout de constater que les magistrats qui jugent en équité, les juges de paix, ne manquent pour ainsi dire aucune occasion de nous appuyer par des sentences très étudiées et très précises dont le bloc, désormais imposant, pèsera d'un grand poids dans les révisions projetées du texte de la loi de 1898.

Nous publions plus loin un de ces jugements. La lettre suivante nous en promet encore un autre, mais si nous tenons à insérer celle-ci telle qu'elle nous arrive, c'est qu'elle nous fournira la moralité de notre petite causerie.

Mon cher Directeur,

Je crois utile de vous signaler que notre confrère, le Dr D., chirurgien à l'hôpital d'X.. vient de gagner devant le Juge de paix le procès qu'il avait intenté à un industriel de la ville qui refusait le paiement d'une amputation pratiquée à un de ses ouvriers blessés, opération faite à l'hôpital.

Il avait contre lui : 1° l'administration des hospices d'X... déclarant que dans les 2 fr. (prix de séjour à l'hôpital) les soins médicaux et chirurgicaux étaient compris et que notre confrère n'avait pas droit à des honoraires spéciaux.

2° Approbation formelle par le maire, de la décision de l'administration des hospices.

3° *Une lettre d'un confrère non syndiqué (le seul non syndiqué du canton), également chirurgien de l'hôpital, et déclarant (ô douce confraternité), qu' « il ne lui serait jamais venu à l'idée de réclamer des honoraires dans ces conditions.* »

Veuillez me croire, mon cher confrère, votre bien dévoué.

Moralité. — Nos adversaires n'ont plus de complices redoutables que dans nos rangs. Notamment, les médecins dits de Compagnies d'assurances qui cumulent les ridicules forfaits de 6, 8, 10 fr. ont-ils réfléchi au rôle qu'ils acceptent de jouer contre leurs confrères en général, et en particulier contre leurs co-syndiqués ? Evidemment, non.

Quand ils auront ouvert les yeux sur leurs devoirs et leurs intérêts (ce qu'ils n'ont jamais fait, car on les vole comme dans un bois), ils enverront aux orties la livrée qu'ils portaient par inadvertance, et, sur ce premier terrain, le corps médical sera émancipé et rentrera dans tous ses droits.

A qui la faute, si cette victoire se fait attendre ? Personne ne l'ignore plus et la responsabilité sera lourde à porter.

C'était une constatation à faire au plus tôt.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Action de la cure de raisin sur l'organisme.

D'après M. le Dr *Moreigne*, in *Journal de Médecine de Paris*, sous l'influence du jus de raisin (cure de raisins), il se produit :

« Une augmentation de la diurèse ;

« Une diminution du degré d'activité des urines ;

« Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique ;

« Une action dérivative sur l'intestin (action laxative) ;

« Une diminution des fermentations intestinales ;

« Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée, et cela sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée. Il est à remarquer que cette action d'épargne se manifeste malgré l'action laxative produite, laquelle action a la propriété d'augmenter la désassimilation azotée ainsi que les oxydations. C'est là un avantage sur les purgatifs ordinaires ou médicamenteux, avantage d'autant plus précieux que la cure de raisins peut être continuée longtemps sans inconvénients ;

« Une fixation de graisse dans l'organisme ;

« Une suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire. Cette propriété est fort importante et donne l'explication des bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques.

« Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses, ajouté aux sels minéraux du raisin, la cure de raisin se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone, qui y sont contenus, des principes conbustibles, qui protègent ceux de l'organisme, etc., etc. »

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme, en particulier sur les fonctions hépatique, intestinale et rénale ; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer (et même d'en prévoir de nouveaux) les nombreux et bons résultats nés surtout de l'empirisme et relatés par les médecins des stations uvales dans les diverses affections ou états pathologiques.

La médication par le raisin a un grand avantage, c'est d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients.

Comme le chasselas est abondamment répandu en France, qu'il est cultivé à peu près partout et qu'il atteint une maturité parfaite, nous pouvons, au sein de notre famille, sans faire de voyages dispendieux et sans même nous déplacer, utiliser cette médication naturelle trop peu connue chez nous, qui est aussi simple qu'elle est facile et agréable, et dont les effets salutaires, sont constatés chaque année sur un grand nombre de personnes.

Traitement diététique de l'épilepsie.

M. le Dr *Rudolf Balint* expose dans le *Berlin Klin. Wochensch.*, les résultats que lui a donnés le traitement diététique dans l'épilepsie.

MM. Toulouse et Richet ayant remarqué que la privation de chlorure de sodium rendait l'organisme plus facile à imprégner de brome, M. Rudolf Balint a d'abord essayé le régime lacté absolu, mais, comme au bout d'un certain temps, les malades présentaient des troubles digestifs et de la constipation, il se décida à joindre au lait, du pain et des aliments, pauvres en sel (beurre, œufs, etc...), à la dose quotidienne de 300 à 400 gr., plus 2 grammes de sel de cuisine. Le sel du pain fut même remplacé par du bromure de sodium, ce qui présentait l'avantage de ne pas enlever au pain son goût ordinaire, et de faire ingérer au malade un médicament. Bref, le régime se composait d'un litre à un litre et demi de lait, 40 à 50 grammes de beurre, 3 œufs (non salés), 300 à 400 grammes de pain et des fruits. Sa valeur nutritive équivalait à 2. 300 ou 2. 400 calories, ce qui est le taux normal de la ration alimentaire. Le sel de cuisine ingéré était environ de 2 grammes ; en outre, le malade absorbait 3 grammes de bromure dans son alimentation.

Les patients réagirent de façons diverses au

début du traitement. Quelques-uns n'éprouvèrent aucun changement ; d'autres virent, au bout de deux ou trois jours, le nombre de leur accès subitement augmenter ; chez d'autres, enfin, les crises nerveuses se trouvèrent brusquement supprimées. Cette diversité de réaction ne fut qu'un phénomène de début ; car, le sixième ou le septième jour, tous les cas présentèrent une amélioration remarquable.

Chez les malades qui avaient présenté une augmentation du nombre des accès, on vit ceux-ci diminuer brusquement ; chez d'autres, les contractions toniques et cloniques devinrent moins intenses, et se transformèrent bientôt en une simple perte de connaissance passagère, ou un vertige. Des malades, qui avaient de deux à neuf crises quotidiennes, n'en présentèrent plus du tout, au bout de quatre à quinze jours de traitement. Ce résultat s'observa dans 7 cas sur 9 d'épilepsie récente, dans 15 cas sur 19 d'épilepsie invétérée ; bref, dans une proportion de 80%, tous ces cas ayant résisté aux fortes doses de bromure ou aux autres variétés de traitement. Dans 20 % des cas, les accès n'avaient pas disparu complètement, mais ils s'espaçaient de plus en plus. C'est pourquoi l'auteur estime qu'on pourrait aussi obtenir leur guérison par une cure diététique prolongée.

La durée du traitement avait en moyenne de trente-cinq à quarante jours. A noter un malade qui présentait de une à six attaques quotidiennes (accès ou vertiges) ; pendant le premier mois de traitement, on vit les crises diminuer d'intensité, et des jours sans crises s'intercaler entre les jours à crises ; le malade fut encore traité pendant deux mois, et au bout de ce temps tout phénomène morbide avait disparu.

En même temps que les crises diminuent d'intensité, l'état mental du malade s'améliore, et il en est de même de son état général.

Il augmente de poids ; son teint devient meilleur. Jamais, on n'observe d'accidents provoqués par le brome ; les malades n'absorbent évidemment que 2 ou 3 grammes de brome par jour, mais, comme l'action de ce médicament est rendue plus active par la suppression du chlorure de sodium, on pourrait, cependant, en avoir des effets fâcheux. Un avantage de la méthode, c'est que l'action d'une petite dose de brome sur l'estomac ou l'intestin est plus petite. L'appétit et la digestion restent toujours bons. Jamais l'auteur n'a relevé d'accidents de bromisme, même chez des malades qui suivaient le régime pendant des mois.

Il est bon de continuer ce régime encore pendant un certain temps, après la disparition des crises, car celles-ci pourraient, quoique affaiblies, reparaître par intervalles. C'est pourquoi il faut, chez les épileptiques, instituer ce régime d'une façon périodique, afin d'éviter le retour des crises. Peu à peu, d'après la gravité des attaques, on pourra, de nouveau, permettre au malade des aliments plus ou moins riches en chlorure de sodium.

Traitement de la métrite hémorrhagique.

M. le Dr *Georges Gross* recommande, dans la *Revue médicale de l'Est*, l'emploi du chlorure de calcium comme hémostatique interne. Il insiste sur ses nombreux avantages : son absorption se fait bien et rapidement ; l'élimination étant complète, l'accumulation dans le sang n'est pas à craindre. La voie digestive est supérieure à l'administration sous-cutanée, qui peut produire des escarres assez étendues.

Au point de vue prescription, M. Gross adopte les formules suivantes dues à M. Bertignon :

Potion.

Chlorure de calcium cristallisé.	4 à 6 gr.
Sirop de menthe....................	30 gr.
Eau distillée........................	90 gr.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Lavement.

Chlorure de calcium......	10 gr.
Eau distillée stérilisée....	200 gr.

Faire précéder d'un lavement chaud évacuateur.

Le chlorure de calcium a trouvé son indication dans les hémorragies de toutes sortes et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorragie : hémophilie, hématémèses, hématuries, entérorragies, urticaires, purpuras, varices hémorragiques, scorbut, hémorragies nasales, maladie de Werlhoff, hémoptysies. Les hémorragies de l'estomac et du tube digestif supérieur, notamment, qui ne sont jamais justiciables du traitement par le sérum gélatiné, s'arrêtent très bien sous l'influence du chlorure de calcium.

Déjà employé en gynécologie par Bowreman-Jesset, P. Carnot, etc., le chlorure de calcium donne d'excellents résultats dans la métrite hémorragique : il arrête rapidement l'hémorragie, l'empêche de se reproduire et permet ainsi à la malade de recouvrer ses forces. Ce traitement très simple et sans aucun inconvénient pourra donc être avantageusement essayé avant de recourir aux interventions plus sérieuses d'ordre chirurgical ; on pourra même employer concurremment l'eau oxygénée et l'adrénaline, en applications locales.

Les vomissements incoercibles de la grossesse.

M. le Dr *Gross* (de Marseille) rappelle, dans la *Province Médicale*, que diverses observations ont montré les bons effets qu'on pouvait obtenir dans certains cas d'intolérance stomacale par la suppression absolue de l'alimentation buccale remplacée par l'alimentation rectale, méthode préconisée par M. le Dr Tournier (de Lyon) ; à ces faits qu'il a signalés dans sa thèse, il en ajoute un nouveau relatif à une femme qui, arrivée au troisième mois de la grossesse, souffrait de vomissements incessants, que rien ne pouvait calmer. Après une journée où elle avait vomi plus de vingt fois, l'alimentation fut supprimée à moitié, puis remplacée par cinq lavements alimentaires ainsi composés :

Bouillon.....................	150 gr.
Jaune d'œuf..................	n° 4
Chlorure de sodium.......	1 gr.
Laudanum................	IV gouttes.

Les vomissements continuant le lendemain, l'alimentation fut entièrement suspendue. Les vomissements disparurent alors complètement, et le quatrième jour, les lavements furent supprimés, tandis qu'on reprit l'alimentation pro-

gressive par de petites doses de lait. Les vomissements ne reparurent plus.

Il est à remarquer que, dans cette méthode, l'alimentation mixte ne donne pas de bons résultats. Il faut supprimer entièrement l'alimentation buccale. D'ailleurs, des malades ont été nourris exclusivement par le rectum durant six, sept jours, et même quinze jours, sans perte notable du poids et des forces.

Identité de la tuberculose humaine avec la tuberculose bovine.

Le *Bulletin Médical* publie, d'après le *Deutsche med. Woch*, une étude très documentée de M. le professeur Wolff sur l'identité des tuberculoses humaine et bovine, qui vient, à propos, détruire la dangereuse théorie de M. Koch.

Voici d'abord l'observation de tuberculose inoculée, que rapporte M. Wolff :

Le malade, dont il s'agit, âgé de soixante-trois ans, succomba à une infection intestinale s'étant manifestée par de la diarrhée avec coliques et ayant duré une année environ. A son autopsie, on trouva sur la muqueuse de l'intestin grêle (jéjunum) des ulcérations tuberculeuses typiques ; la séreuse intestinale à ce niveau, ainsi que le feuillet pariétal du péritoine et la rate, présentaient une tuberculose miliaire récente ; les poumons et les ganglions bronchiques étaient indemnes. On avait donc affaire ici, à une tuberculose primitive de l'intestin.

L'inoculation à deux cobayes, des produits morbides provenant de la rate détermina chez ces animaux le développement d'une tuberculose généralisée.

Le poumon et la rate d'un de ces cobayes furent ensuite employés à inoculer un veau, âgé de cinq mois et parfaitement sain. Pour s'assurer qu'il était vraiment indemne de tuberculose, on lui injecta 0,10 de tuberculine qui ne provoqua aucune réaction. On lui inocula ensuite, sous la peau de la moitié droite du cou, 12. c.c. d'un liquide obtenu par la trituration de fragments de poumon et de rate du cobaye tuberculeux dans de l'eau stérilisée et puis filtré. Au bout d'un certain temps, il se forma au point injecté une tuméfaction dure, du volume d'un poing d'adulte ; l'animal maigrit un peu, sans toutefois présenter des troubles apparents de l'état général, mais la tuberculine provoquait maintenant chez lui une réaction des plus nettes. On le sacrifia deux mois et demi après l'inoculation. On trouva, au cou, un vaste abcès contenant du pus caséeux et des ganglions lymphatiques également caséeux ; les plèvres, les poumons, le péricarde, le mésentère, le foie, la rate et les reins étaient parsemés de tubercules miliaires. Toutes ces lésions étaient parfaitement bien caractérisées au point de vue histologique (cellules géantes) et bactériologique (bacilles de Koch). Elles possédaient, en outre, un degré considérable de virulence, leur inoculation à des cobayes déterminant chez ces animaux une tuberculose miliaire généralisée.

M. Wolff a pu ainsi provoquer chez un veau une maladie pommelière typique par l'inoculation de produits morbides provenant d'une tuberculose primitive de l'intestin chez l'homme. Comme M. Koch prétend que la tuberculose humaine n'est pas transmissible aux bovidés, il y aurait donc lieu d'admettre, voulût-on se placer au point de vue de ce bactériologiste, que le malade en question était atteint de tuberculose bovine. Or, chez lui, les lésions anatomiques ont présenté tous les caractères habituels de la tuberculose ulcéreuse et miliaire humaine.

M. Wolff a institué une autre expérience qui fournit la preuve directe de la transmissibilité, bien que sous une forme atténuée, de la tuberculose humaine aux bovidés.

Il inocula un veau, âgé également de cinq mois, et ne réagissant pas à la *tuberculine*, avec un mélange de crachats provenant de cinq phtisiques. Quelque temps après, l'injection de tuberculine provoqua chez cet animal une réaction fébrile très nette. Le veau fut sacrifié quatre-vingt-treize jours après l'inoculation. Au point inoculé et dans son voisinage, il existait toute une série de ganglions tuméfiés avec foyers de ramollissement, infiltrations caséeuse et calcaire, cellules géantes et bacilles de la tuberculose. L'inoculation de ces lésions à des cobayes donnait des résultats positifs. A l'encontre de ce qui s'était produit chez le premier veau, les viscères furent trouvés indemnes, la tuberculose étant restée dans ce cas purement locale. D'après M. Koch, la rareté de la tuberculose intestinale primitive est un argument de haute importance contre la possibilité de la contamination par les ingesta tuberculeux provenant du lait ou du bœuf. Cela ne prouve rien, car le bacille ingéré va immédiatement se loger dans les ganglions mésentériques et surtout cervicaux, l'absorption ayant lieu dans la gorge.

L'adrénaline contre le cancroïde épithéliomateux des paupières.

Nous ne sommes pas près d'en avoir fini avec les surprises que nous réserve l'adrénaline, ce nouveau médicament dont nous avons parlé récemment : M. le Dr *N. W. Marple* (*Médic. Record*) a observé une guérison indiscutable d'épithélioma de la paupière par cette substance. Chez une femme âgée, atteinte d'un cancroïde du bord de la paupière inférieure gauche, M. Marple l'a vu disparaître complètement à la suite d'instillations dans la conjonctive, d'une solution de 0,1 % de chlorhydrate d'adrénaline, répétées chaque soir. Le traitement en question fut prescrit par l'auteur — qui se proposait de procéder prochainement à l'opération radicale — pour combattre l'irritation inflammatoire et le suintement sanguin, dont le cancroïde était le siège. Ces phénomènes disparurent en effet, dès les premières instillations, mais en même temps les croûtes brunâtres qui recouvraient le néoplasme tombèrent pour ne plus se reproduire, et la tumeur commença à diminuer de volume. Au bout de 3 mois, on ne trouvait plus qu'une cicatrice déprimée au point où avait siégé le cancroïde. Il faut dire que, dans ce cas, la nature épithéliomateuse de la tumeur avait été établie par l'examen histologique.

Le traitement de la morphinomanie par la méthode de douceur.

M. le Dr *Accolas* donne dans le *Bulletin Médical* une très intéressante analyse du livre de M. le Dr Oscar Jennings sur le traitement curatif de

la morphinomanie par les méthodes de douceur.

D'une manière générale, voici en quoi consiste le traitement préconisé par le Dr Jennings : 1° procéder lentement à la diminution de la morphine prise en injections hypodermiques ; la marche sera plus ou moins rapide, selon l'état spécial du malade, son endurance, sa force morale, son courage, l état de son cœur, etc. ; 2° remplacer les piqûres par des injections rectales de morphine, données à partir du moment où le malade aura été amené à ne plus prendre que dix à douze centigrammes par jour ; la morphine, en injections rectales, est donnée à une dose double de celle qui serait donnée en piqûre. M. Jennings a dressé un tableau des nombreuses observations relatées dans son livre ; beaucoup de ces observations sont des auto-biographies faites par les malades eux-mêmes, dont plusieurs étaient des médecins. Nous y voyons un exemple de la marche suivie dans le remplacement des piqûres. Il y a, en effet, dans la mentalité du morphinomane, une association d'idées telle que le malade, habitué à l'état d'euphorie qui accompagne ses piqûres habituelles, se passe difficilement de la sensation douloureuse de la piqûre, parce qu'il sait que c'est le prologue du soulagement attendu à la sensation de besoin qui le tourmente; il importe donc de dissocier, sitôt que possible, cette double sensation jumelle. Les injections rectales ne donnent pas une stimulation soudaine ou même sensible, mais une sédation durable ; aussi le besoin ne sera-t-il pas égal à celui de la piqûre ; 3° traiter la sensation de besoin : ici les moyens varient suivant les accidents observés. Il faut surtout, dit le Dr Jennings, combattre l'hyperacidité de l'estomac par le bicarbonate de soude ou l'eau alcaline à haute dose, obliger le malade à un régime surtout végétarien, proscrire le vin et l'alcool, éviter la surchage de l'estomac. Le Dr Jennings est absolument opposé au régime de suralimentation employé méthodiquement par beaucoup de médecins et qu'il regarde comme une cause presque forcée du *besoin de retour*, après la démorphinisation. Il recommande aussi de supprimer presque absolument le chlorure de sodium dans l'alimentation de ceux qui sont arthritiques. En second lieu, donner des bains d'air chaud, suivis d'une douche froide quand il n'y a pas de contre-indication ; éviter toute fatigue physique ou intellectuelle, soutenir le cœur par la digitale, la spartéine, la coca, mais en employant de préférence un extrait préparé sur le lieu de production de ce dernier médicament, cet extrait paraissant contenir une substance fugace qui aurait disparu de la plante importée en Europe. Dans beaucoup de cas, on est conduit à recourir aux substitutifs de la morphine, dionine, méconarcéine, codéine, héroïne. Le Dr Jennings rejette d'une manière presque absolue ce dernier médicament, qu'il regarde comme presque aussi dangereux que la cocaïne. Il a observé, en effet, que cet alcaloïde crée un besoin impérieux, plus encore que celui de la morphine, et dont il est plus difficile de guérir le malade.

L'héroïne devient un poison plus dangereux que la morphine elle-même et l'on ne peut pas s'en déshabituer plus facilement que de la morphine.

Le sommeil peut être favorisé par la galvanisation à la dose de 2 à 3 milliampères, pôle + à la nuque, pôle — sur le front ; on donnera aussi sulfonal, trional, valérianate d'ammoniaque.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants malades : M. le Pr agrégé MÉRY.

La fièvre typhoïde infantile.

La petite malade dont je vais, en commençant cette leçon, vous relater l'histoire pathologique est une enfant de 4 ans, entrée, il y a 5 jours, salle Parrot pour de la fièvre. Bien portante jusqu'à ces temps derniers, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, elle aurait été prise, 5 jours avant son arrivée à l'hôpital, de fièvre, de soif, d'inappétence avec quelques glaires dans les selles, et d'une toux sèche. Dans nos salles, l'élévation thermique a persisté (39° le soir, avec des grandes oscillations matinales) ; la diarrhée glaireuse a fait place à de la constipation, à laquelle se sont joints des vomissements. Pas d'epistaxis.

Aujourd'hui, si nous examinons la fillette, nous trouvons la langue blanche et sèche, l'abdomen un peu ballonné, mais souple, et enfin, sur le revêtement cutané, une éruption de taches rosées extrêmement abondante. Avec cela, rien à la poitrine, rien au cœur.

Le diagnostic s'impose : évidemment, il s'agit d'une fièvre typhoïde. Revenons toutefois sur certains symptômes particulièrement accentués chez la petite malade. En premier lieu : l'éruption de taches rosées. Vous en trouvez un peu partout, sur l'abdomen, sur les cuisses, les avant-bras, etc. Une généralisation aussi accusée de l'exanthème est un fait assez exceptionnel dans la dothiénenterie infantile et ceci constitue un des caractères intéressants de notre malade.

Le pouls, chez elle, est régulier, plutôt lent (100 pulsations) et ne présente pas de dicrotisme, phénomène rare d'ailleurs dans l'enfance.

La langue était, dès le premier jour, à la fois saburrale et mince. Marfan, qui a bien étudié ce point spécial de pathologie, décrit en ces termes l'apparence d'une langue typhique, dans le jeune âge : « Elle est, dit-il, légèrement saburrale, amincie puis rouge sur les bords et à la pointe ; elle offre, de plus, une desquamation triangulaire dont la base correspond à la pointe de l'organe et le sommet au niveau du V lingual ». Il signale, par contraste, la langue de l'embarras gastrique avec son enduit saburral très prononcé, son aspect étalé, épais, sur laquelle les dents laissent leurs traces (langue œdémateuse).

La fillette était, dès le moment de son entrée, plongée dans un état de torpeur relativement accusé, plus marqué en tout cas qu'il ne l'est habituellement chez des sujets aussi jeunes. Je pense qu'on peut expliquer ce fait par l'existence d'une albuminurie concomitante. Aujourd'hui la stupeur est moins profonde, probablement sous l'influence d'une diminution de l'albuminurie.

L'enfant ne présentait pas le signe de Kernig. Ce dernier eût-il existé, nous n'aurions pas, pour cela, modifié notre diagnostic. Le signe en question se montre de préférence dans les mé-

ningites, mais il existe parfois également dans les fièvres typhoïdes à forme nerveuse (Netter) et même dans certaines pneumonies.

Notre diagnostic s'établit donc ainsi : fièvre sans localisation autre que de légers phénomènes intestinaux, torpeur, état particulier de la langue et surtout éruption de taches rosées généralisée à tout le corps. On en compte 80 à 100 environ.

Le pronostic, dans ce cas, est satisfaisant autant qu'il est possible de faire un pronostic de fièvre typhoïde, même chez les enfants ; des complications imprévues et mortelles pouvant toujours apparaître dans le cours de l'évolution de la fièvre.

Je me propose, maintenant, à l'occasion de cette observation clinique, de jeter un coup d'œil général sur la physionomie de la dothiénentérie de l'enfant et voir, en particulier, par quoi elle se distingue de celle de l'adulte.

Une premièrė question se pose : fréquence de la maladie ? La fièvre typhoïde est-elle plus commune chez l'enfant que chez l'adulte ? Il semble, au contraire, qu'elle soit plus rare et une telle appréciation est bien exacte si on prend la statistique globale. Si, par contre, on fait une distinction entre les différentes époques de l'enfance, on s'aperçoit que le chiffre total est notablement influencé par la grande rareté de l'affection dans le tout jeune âge. Très exceptionnelle chez les nourrissons au-dessous de 2 ans, la fièvre typhoïde devient de plus en plus fréquente à mesure que l'on approche de l'adolescence.

Voici, à ce propos, une statistique établie par Ollivier, à l'hôpital des Enfants-Malades de 1884 à 1887. Elle porte sur 611 cas :

0 à 2 ans ..	3 cas,	2 décès.	Mortalité 75 %
2 à 3 ans ..	7 cas,	6 décès.	Mortalité 85 %
3 à 5 ans ..	35 cas,	12 décès.	Mortalité 34 %
5 à 10 ans ..	47 cas,	25 décès.	Mortalité 11,5 %
10 à 15 ans ..	349 cas,	47 décès.	Mortalité 13,5 %

Les chiffres donnés par d'autres auteurs arrivent à la même proportionnalité. Jusqu'à 5 ans, la fièvre typhoïde est rare, mais grave ; puis de 5 à 15 ans elle est progressivement plus répandue et plus bénigne.

Au point de vue de la léthalité totale, sans distinction d'âge, nous possédons un premier travail de Cadet de Gassicourt, relevant les dothiénentéries soignées à Trousseau de 1870 à 1880 et un autre fait au même hôpital par Netter, de 1882 à 1898. Cadet de Gassicourt donne un chiffre faible de mortalité, 7 à 9 % (la mortalité de l'adulte est de 20 %). Netter arrive à une proportion semblable 7 à 9 %, pour une première période de 1882 à 1887, puis il inscrit ensuite une moyenne qui, de 1887 à 1898, s'élève beaucoup, 11, %, 15 %, 31 % en 1891 (80 cas avec 25 décès).

Le relevé de Netter est particulièrement intéressant. Il démontre, en premier lieu, que la léthalité de la maladie varie notablement avec les périodes. Il s'élève un peu, ensuite, contre la prétendue bénignité de la fièvre typhoïde infantile. En réalité, nous traversons des épidémies plus ou moins graves et il convient, avec Chantemesse, de protester contre cette antique et classique opinion qui considère comme sans caractère sérieux, habituellement, la dothiénentérie de l'enfant. Il y a des séries où cette affection s'est montrée meurtrière. Si on considère le chiffre global des nombreuses statistiques réunies par Netter, on arrive, avec 3.368 observations en 17 ans, à 409 décès, soit à une proportion centésimale de 12,12 %.

La conclusion de ce que je viens de dire est la suivante : la fièvre typhoïde est évidemment moins grave chez l'enfant que chez l'adulte ; toutefois, sa bénignité a été exagérée et la mortalité indiquée par nombre d'auteurs est au-dessous de la moyenne générale, prise dans son ensemble, toutes épidémies réunies.

J'arrive à la symptomatologie et à l'étude des caractères particuliers de la fièvre continue chez les enfants. Je prends, d'abord, la seconde enfance, de 5 à 12 ans. A cette période de la vie, le début d'une fièvre typhoïde offre quelque chose de spécial. Il peut se faire insidieusement, lentement, la maladie mettant une semaine et plus, comme chez l'adulte, à se déclarer. Toutefois, assez souvent, l'invasion a lieu brusquement, comme pour une angine ou une pneumonie, et d'emblée, sans prodromes, la fièvre atteint d'un bond 39°, 40°, et s'y installe ; la période d'envahissement n'existe pour ainsi dire pas, l'affection parvenant immédiatement au stade d'état. Autre symptôme plus commun que chez l'adulte : les vomissements, parfois répétés, à type incoercibles. Ceci tient à la facilité avec laquelle l'enfant vomit, le symptôme en question se retrouvant avec beaucoup de fréquence en pathologie infantile.

Le début brusque d'une fièvre, chez un sujet de 5 à 15 ans, n'exclut donc pas la fièvre typhoïde. Il appartient aussi bien à cette maladie qu'à la pneumonie, à l'indigestion ou aux angines. Ce caractère, en tout cas, ne suffit pas à faire rejeter le diagnostic de dothiénentérie, il s'en faut.

Passons en revue, maintenant, chacun des symptômes de la fièvre continue :

Phénomènes digestifs ? Ils sont atténués dans leur intensité. Les troubles intestinaux restent modérés, la diarrhée manque quelquefois ou bien est remplacée par de la constipation. Le degré léger de la diarrhée explique l'absence de gargouillement, le peu de météorisme et la souplesse des parois abdominales.

Langue ? Rouge aux bords et à la pointe, elle est moins saburrale que chez l'adulte et assez rarement rôtie. Je vous rappelle le triangle de Marfan, dont je vous parlais tout à l'heure à propos de notre petite malade.

On observe chez l'enfant des ulcérations de la gorge au-dessus des piliers antérieurs, mais elles sont plutôt exceptionnelles. En somme, les troubles morbides du tube digestif sont atténués, ce qui tient aux lésions habituellement moins intenses des plaques de Peyer. Du côté des glandes annexes, la rate est hypertrophiée dans la moitié des cas environ. La palpation de cet organe (supérieure à la percussion) constitue aussi un moyen de diagnostic utile.

Taches rosées ? Elles sont très intéressantes à étudier. Fréquemment elles font défaut. Cadet de Gassicourt pense qu'elles manquent dans 2/3 des cas. Ce chiffre paraît, il est vrai, trop élevé et je serais volontiers de l'avis de Marfan, qui estime qu'elles se rencontrent seulement dans la moitié des fièvres typhoïdes infantiles. Il ne faut donc pas s'attendre à les trouver abondantes.

Toutefois, à côté de ces cas (la majorité) où il y a à peine quelques taches ou même pas du tout, il en est d'autres — la petite fille dont je parlais au commencement de ma leçon en constitue un exemple — où les taches rosées sont extrêmement abondantes, généralisées sur tout le corps, sans jamais cependant l'être assez pour prêter à confusion avec une fièvre éruptive. On observe donc sur ce point les deux extrêmes.

On voit quelquefois de la desquamation épidermique (Weill, de Lyon, Comby, Marfan). Elle semble sinon respecter les mains, du moins y être peu accentuée, signe différentiel avec la desquamation de la scarlatine, dont elle n'offre jamais d'ailleurs l'abondance. Cette desquamation a été expliquée, à raison ou à tort, par les sudamina, la balnéation thérapeutique, etc.

Voies respiratoires et appareil circulatoire ? Les épistaxis se rencontrent dans la fièvre typhoïde mais non pas plus souvent que dans les fièvres éruptives. Ce phénomène n'a pas dans l'enfance l'importance qui lui a été attribuée chez l'adulte. Un mot seulement sur le pouls : le dicrotisme est rare avant 10 ans.

Les symptômes généraux sont moins intenses. Le délire, l'ataxie, l'adynamie, peuvent s'observer mais, habituellement, à un degré moindre.

Evolution de la maladie ? Elle est assez souvent écourtée en raison du début brusque et de l'absence de période d'ascension, la température arrivant d'emblée au stade de plateau. Dans les courbes de température, on observe parfois des formes rémittentes avec de fortes chutes thermiques le matin et même des formes intermittentes. Ces cas sont les plus bénins.

Etudions ensuite la fièvre typhoïde, si particulière, du nourrisson. Je ne veux parler que de la variété normale et j'élimine avec intention la septicémie typhique congénitale. Celle-ci frappe le nouveau-né dont la mère était atteinte, avant l'accouchement, de fièvre typhoïde. L'enfant meurt aussitôt en venant au monde ou quelque temps après avec des symptômes de cachexie rappelant non pas la dothiénentérie, mais la septicémie. Ce n'est pas là la vraie fièvre typhoïde du nourrisson.

On n'a pas observé cette dernière au-dessous de vingt jours. Des exemples en ont été signalés au 20e et au 25e jour. Legris et Netter ont rapporté une observation, avec autopsie confirmative, chez un nouveau-né de 4 mois. J'en ai vu un cas au 8e mois, accompagné de diarrhée et de taches rosées : l'enfant, contagionné par le séjour dans la chambre de sa mère atteinte de fièvre typhoïde, a survécu. Marfan en relate trois exemples au 9, 15 et 17e mois. Ces cas sont, il faut le dire, des plus rares. Parrot n'en avait pas rencontré au-dessous de six mois, Bouchut au-dessous d'un an. La mortalité est, de plus, très élevée, 40 %, 50 %. On s'est demandé si la rareté n'était pas due aux difficultés du diagnostic. Nous ne le croyons pas, car certains auteurs ont fait, sur ce chapitre de pédiatrie, des recherches précises avec le séro-diagnostic. En prenant indistinctement tous les enfants souffrant de gastro-entérite, ils n'ont rien trouvé.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde du nourrisson est délicat eu égard à l'atténuation habituelle des symptômes. Les vomissements et l'état pseudo-méningitique peuvent, comme l'a montré Marfan, induire en erreur. Ceci tient à la facilité avec laquelle le jeune âge vomit et a des spasmes et des mouvements convulsifs. Il convient de penser à la fièvre typhoïde en présence de toute élévation thermique que rien n'explique ; de même (Netter) dans les phénomènes méningitiques légers, l'attitude en chien de fusil, la contracture de la nuque, si la fontanelle n'est pas tendue, si le ventre est plutôt météorisé qu'en bateau, s'il existe une légère diarrhée. Les taches rosées, inconstantes il est vrai, sont des aides utiles à la reconnaissance de la maladie. La fièvre typhoïde du nourrisson offre, en résumé, deux grands caractères : elle est rare et grave.

Je vais terminer par quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde normale de l'enfant. Doit-on donner des médicaments antipyrétiques? L'antipyrine et l'acide salicylique sont à rejeter. Grancher et Marfan appliquent le sulfate de quinine suivant les principes de Liebermeister, c'est-à-dire à doses rares et massives. A l'hôpital des Enfants, ils prescrivent le bichlorhydrate de quinine ainsi :

de 1 à 5 ans, 30 à 60 centigr. ;
de 5 à 15 ans, 60 centigr, à 1 gr. 50.

Grancher fait prendre le soir, vers 4 ou 5 heures par exemple, 75 centigr., en trois prises de 25 centigr. à 1/4 d'heure de distance. Il continue le médicament tous les jours. Marfan l'abandonne après 3 jours lorsqu'il ne voit pas d'abaissement thermique.

On joindra avantageusement à la quinine l'antisepsie de la bouche, de l'intestin (benzo-naphtol, bismuth, lavements) et les purgatifs s'il y a constipation.

Reste la question des bains. Netter les préfère chauds, à 38°. Bouchard préconise le bain tiède prolongé. Personnellement, je suis partisan du bain froid, à 30 ou 28° d'abord, puis à 26 et 25°. Ils sont bien supportés grâce à un correctif destiné à prévenir la faiblesse cardiaque, le sulfate de strychnine à dose de 1/4 ou 1/2 milligramme. Il ne faut pas s'attendre à voir chez l'enfant, sous l'influence du bain, une chute énorme de température. Tout au plus, celle-ci s'abaisse-t-elle de 4 ou 5 dixièmes ; mais il se produit surtout une action heureuse sur les sécrétions et un effet sédatif bienfaisant.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PROPHYLAXIE

La désinfection obligatoire.

(*Suite*. Voir numéro 38.)

Deux catégories d'appareils peuvent entrer en ligne pour la prophylaxie des maladies contagieuses par la désinfection.

Les étuves pour la stérilisation des vêtements, du linge, des objets de literie et de certains objets mobiliers ; et les divers engins producteurs de gaz, vapeurs ou liquides pulvérisés pour la désinfection dite « à domicile », dans les locaux où ils ont subi la contamination des objets mobiliers ou autres qui ne peuvent être soumis aux étuves à vapeur.

Les étuves : pauvres étuves ! Les a-t-on assez

décriées, critiquées ? S'en est-on assez moqué ? On connaît cette histoire contée par M. Ranson au Conseil municipal de Paris et rappelée à la tribune du Sénat par M. A. Treille au moment de la discussion de la loi de santé publique.

Quelqu'un, facétieux, s'était avisé de mettre des punaises dans des objets de literie destinés aux étuves. Ces objets revinrent endommagés ; quant aux punaises, elles semblaient plus vigoureuses qu'auparavant.

Quelle est la valeur de ce fait en tant qu'argument ? S'il est prouvé qu'un appareil qui ne détruit pas des punaises ne peut détruire des microbes, cette constatation railleuse se retourne-t-elle contre le système d'étuvage ou contre le personnel chargé de l'employer ?

Nous pouvons dès maintenant, puisqu'il s'agit des étuves municipales de notre bonne ville de Paris, mettre hors de cause le dévoué personnel du service de la désinfection. Ce service a d'ailleurs son règlement, l'un des plus sévères et des plus minutieux que nous connaissions et nous ne doutons pas qu'il ne soit rigoureusement appliqué.

C'est véritablement l'étuve elle-même qui est critiquable et voici en quoi :

Le principe des étuves en général est celui-ci : dans le plus petit espace possible, enfermer les objets suspects de contamination et les soumettre aux effets microbicides de la vapeur d'eau sous pression.

Or, pour que cette vapeur d'eau sous pression possède la plénitude de sa puissance stérilisatrice, il est essentiel — et cela tous les travaux sur la désinfection l'ont établi de façon indubitable — il est essentiel, disons-nous, que l'expulsion de l'air contenu dans les objets soit absolument réalisée ; sa présence, en effet, entrave la pénétration de la vapeur, l'élévation uniforme de la température dans les objets à stériliser et, par conséquent, l'action microbicide attendue. Ainsi donc, qu'une bulle d'air, une bulle imperceptible, subsiste dans un objet, de nombreux microbes pourront y trouver asile et sortir indemnes de la dure épreuve qu'on leur a fait subir.

Des étuves que nous connaissons et qui nous occupent, les bulles d'air, asiles de protection des microbes, sont-elles rigoureusement chassées pendant les opérations de stérilisation ? Certainement non, et c'est sans aucun doute en se réfugiant dans quelques-unes de ces bulles d'air suffisamment volumineuses que les fameuses punaises dont nous parlions plus haut ont pu résister à une température de 110 à 120° de vapeur d'eau sous pression.

Le désinfecteur a-t-il rempli son but quand il a fait passer du linge contaminé dans une de ces étuves ?

Nous ne le croyons pas.

Le résultat d'un passage à l'étuve devrait être une stérilisation *absolue*. Si quelques microbes d'un objet échappent au massacre, ils suffisent largement à le repeupler et la désinfection doit être renouvelée.

Or, le passage à l'étuve, de l'aveu même du service municipal de désinfection parisien, est à redouter pour les objets en tissu d'essence animale.

« Après dix étuvages, ceux-ci subissent une « incontestable dépréciation ; aussi convient-il « d'abandonner l'usage de tels objets dans les « établissements, tels que certains services hospitaliers, où l'on peut être appelé à leur faire « subir des désinfections multipliées » — est-il écrit dans une brochure publiée par le service précité.

Ainsi donc, n'employons plus de couverture de laine, d'oreillers de plume, d'édredons, de couvre-pieds de plumes, etc., si les microbes s'y glissaient, l'étuve serait impuissante à les en déloger à moins de tout détruire : le contenant et le contenu.

Dès lors, est-il si nécessaire d'utiliser un procédé de désinfection très dispendieux, pas pratique et insuffisant, puisqu'il n'est pas absolu ?

Il semble en effet qu'il se présente, au début de tout essai de résolution du problème de la désinfection, un principe dont il est impossible de s'écarter.

Un procédé est-il compliqué ; ses résultats doivent être absolus, parce qu'il sera dispendieux et son usage ne pourra se renouveler souvent.

Faut-il dire que de nombreux savants, de nombreux inventeurs, ont cherché à perfectionner les étuves ? M. le Professeur Vaillard, du Val-de-Grâce, a particulièrement recherché le moyen d'expulser l'air contenu dans les objets. Il a réalisé un dispositif ingénieux qu'il serait trop long de décrire ici, qui remplit certaines conditions éminemment propres à favoriser cette expulsion de l'air ; ce sont : l'échauffement préalable des effets, l'arrivée de la vapeur de haut en bas, l'augmentation de la pression et surtout la circulation continue de vapeur. Malgré ce concours de circonstances favorables, l'expulsion de l'air est longue à se réaliser, comme l'expérience l'a prouvé.

Signalons en passant l'étuve de M. Fournier qui n'utilise plus la vapeur d'eau sous pression, mais un gaz antiseptique très puissant : la formacétone, produite par un désinfecteur scientifiquement très bien conçu.

Une description succincte du procédé de M. Fournier, s'impose ici. Il forme en effet la transition toute naturelle entre les étuves et les procédés de désinfection à domicile puisqu'il réunit dans son ensemble les deux modes de désinfection.

Le matériel nécessité par ce procédé comprend : un appareil désinfecteur, producteur de vapeur de formacétone et de vapeur de chauffe, et suivant le cas : une étuve qui comporte toute une installation intérieure pour recevoir divers objets et une porte spéciale dite porte-omnibus pouvant s'adapter à l'huis des locaux pour les clore hermétiquement et les transformer en véritables étuves.

Nous n'entrerons pas dans les détails de construction de ces divers engins, nous exposerons simplement leur fonctionnement.

La porte-omnibus étant mise en place, les tuyaux de projection de gaz antiseptique et de vapeur de chauffe partant du désinfecteur sont vissés sur la porte. L'appareil est mis en marche. Au bout de quelques minutes le robinet du tuyau de vapeur de chauffe est ouvert : cette vapeur envoyée dans le local a pour but d'en porter l'air ambiant à une température de 60°.

Pour éviter que l'air surchauffé — tendant à monter — ne surélève la température que dans

le voisinage du plafond, un mélangeur d'air, sorte d'hélice à palettes, préalablement placé dans la chambre est actionné du dehors.

Quand le degré voulu est atteint, on lance les vapeurs de formacétone.

Divers engins accessoires compliquent ce procédé ; un projecteur à lances, pour la pénétration des matelas, une étagère démontable pour recevoir les coiffures, les chaussures, un cadre démontable pour recevoir les couvertures, tapis, vêtements, etc., etc.

La puissance stérilisatrice de ce procédé est, paraît-il, très grande. Nous nous y sommes arrêté un peu longuement parce que nous croyons savoir qu'il a fait l'objet d'expériences officielles concluantes et qu'il se pourrait qu'il reçût l'approbation ministérielle prévue par la loi du 19 février 1902. Amen.

Une telle faveur ne soulèvera de notre part aucune objection. Au contraire, nous nous montrerons enchantés que, pour une fois, le labeur infatigable, la science et la ténacité se trouvent récompensés ; mais... qu'il nous soit permis de donner notre modeste opinion, nous ne croyons pas qu'un tel procédé, si merveilleux soit-il, puisse être de nature à combler les desiderata des législateurs qui firent la loi de protection de la santé publique.

Ce qu'ont voulu les législateurs, c'est vulgariser la pratique de la désinfection. Des engins savants, mais compliqués, efficaces — certes — mais coûteux, nécessitant un personnel expérimenté pourront-ils jamais servir à atteindre ce but, à résoudre ce problème de sociologie médicale proposé à la sagacité des bactériologistes, chimistes ou hygiénistes ?

Autre chose est de satisfaire aux exigences d'une expérimentation officielle forcément restreinte ou à celles de la pratique courante qui présente souvent des difficultés insurmontables parce qu'imprévues.

Une désinfection par le procédé que nous signalions plus haut demande au minimum 8 heures. Supposez qu'il se produise une épidémie de variole, par exemple, dans une ville de 25.000 habitants ; vous ne pouvez raisonnablement exiger d'une si petite localité qu'elle ait à sa disposition plus d'un de ces appareils qui exigent une première mise de fonds de quelques milliers de francs.

Sur une population de 25.000 habitants une épidémie de variole peut compter 200 cas.

Soit 150 locaux à désinfecter qui exigeront $150 \times 6 = 900$ heures de travail, c'est-à-dire, en travaillant jour et nuit, $900/24 = 38$ jours.... Or l'incubation de la variole dure une douzaine de jours : Praticiens, mes confrères, concluez !

Il résulte donc de la logique que, pour la désinfection, les systèmes les plus portatifs, les plus simples, les moins coûteux, seront les meilleurs s'ils sont efficaces.

Le procédé le plus généralement employé parallèlement à l'usage des étuves est encore actuellement celui qui consiste dans la projection d'un soluté pulvérisé de bichlorure de mercure ou sublimé corrosif, sur les murs, les plafonds, les boiseries, les parquets ou carrelages, les grands tapis conservés à domicile, les meubles -notamment les lits, les tableaux et objets d'arts, etc.

Par ce procédé, on fait surtout, suivant le mot de M. le Professeur Brouardel, « de la propreté » ; mais de la désinfection ?.... si l'on en fait un peu, tout le monde est d'accord pour dire qu'elle est insuffisante ; or, et c'est le moment de rappeler encore ce mot de M. le Professeur Brouardel : « il ne faut pas qu'un procédé soit une hypocrisie de la désinfection. »

Ce soluté de sublimé pulvérisé, comment atteint-il les objets qu'il rencontre ? Quels ravages cause-t-il dans les colonies microbiennes ? Il tue certainement beaucoup de bactéries ; mais il en épargne un bien plus grand nombre.

Il suffit pour s'en rendre compte d'avoir vu les tentures murales d'une chambre ayant subi la désinfection. Les gouttelettes de sublimé y ont laissé des petites taches qui en certains endroits sont groupées, telles des nébuleuses, en d'autres apparaissent isolées, telles des étoiles, sur de grands espaces qui, selon toute probabilité, ont échappé à l'action de l'antiseptique puisqu'ils n'en portent pas la trace. Quant à l'air ambiant du local dans lequel les poussières voiturent un grand nombre de microbes, il est tout à fait épargné.

La désinfection par le sublimé n'est pas seulement inefficace ; elle est encore redoutable par son action corrosive. On sait en effet que le sublimé altère un grand nombre de métaux et de teintures.

Il suffisait d'ailleurs que ce procédé fût inefficace pour qu'il fût inutile de formuler contre lui d'autre griefs.

Abandonnant le principe de la désinfection par lavages et pulverisations, quelques hygiénistes sont revenus à l'emploi de gaz antiseptiques. Nous disons « revenus », car il convient de remarquer que la désinfection n'est pas une innovation de la médecine moderne, mais une exhumation de vieilles pratiques ancestrales que l'on a rajeunies en tirant profit des progrès accomplis dans la science de l'antisepsie et de la bactériologie.

(*A suivre.*)

PHTHISIOLOGIE

La climatothérapie dans le traitement de la tuberculose par la cure d'air.

C'est une opinion unanime aujourd'hui que le traitement hygiénique satisfait pleinement aux conditions causales de la phtisie ; et pour tous, l'aérothérapie est la base de la phthisiothérapie. Mais lorsqu'il s'agit de l'action climatérique et de l'altitude, l'accord entre cliniciens cesse d'être parfait. Les uns professent à son égard l'indifférence ou le scepticisme le plus complet, les autres affirment au contraire que son action, lorsqu'elle est bien maniée, méthodiquement conduite et adaptée, rend d'incontestables services dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Pour certains même, lorsque l'adaptation entre le type clinique et le type climatérique est absolue, l'action climatérique devient prépondérante et efface presque tous les autres moyens mis en œuvre. Qui a raison ? Qui a tort ? La clinique seule peut trancher le différend. Qu'on observe donc, sans parti pris, dans un sanatorium de plaine, ce qui se passe chez des tuberculeux sous l'influence de l'aérothérapie et

du traitement hygiénique ; qu'on examine ensuite des malades placés dans les mêmes conditions d'état pathologique et de direction médicale, mais soumis à l'action climatérique de l'altitude ; que l'on compare alors les premiers avec les seconds, et la conclusion s'imposera d'elle-même.

Après avoir examiné et suivi de très près, depuis plus de trois ans, soit dans notre clientèle privée, soit dans un sanatorium de plaine, les résultats obtenus chez des tuberculeux, sous l'influence de l'aérothérapie et du traitement hygiénique, nous avons tenu à expérimenter personnellement l'action climatérique des hautes altitudes.

Dans ce but, nous nous sommes rendus au Sanatorium d'Aubrac où se trouvaient déjà plusieurs des malades que nous avions soignés, soit à Paris, soit au sanatorium de plaine de Créteil. La direction médicale étant la même dans les deux cas, nous nous trouvions ainsi dans toutes les conditions voulues pour bien observer.

De plus, pendant le séjour prolongé que nous avons fait à la station d'Aubrac, M. le Dr Saunal, médecin fondateur du sanatorium, a tenu, non seulement à ce que nous partagions l'existence des malades, mais encore à ce que nous prenions la direction personnelle de vingt-cinq tuberculeux. Nous avons donc pu ainsi, grâce à l'extrême obligeance et la grande confiance de notre distingué confrère, constater, de visu, les modifications qu'apportait, chaque jour, dans l'état général et local de ces vingt-cinq malades, l'action du climat et de l'altitude. Par là même, il nous a été possible de nous rendre un compte bien exact des différents phénomènes qui s'opèrent chez le phtisique, suivant qu'il est soumis à l'action de la plaine ou de l'altitude. De cette étude nous avons pu tirer quelques conclusions pratiques qui nous paraissent avoir une certaine importance, tant au point de vue clinique qu'au point de vue social.

Le Sanatorium d'Aubrac est situé à 500 mètres en arrière du village d'Aubrac. Il s'élève au centre d'un cirque formé par la colline des Regambals, au pied d'un petit bois de hêtres et de sapins, à l'extrémité supérieure d'un terrain de huit hectares en pente douce composé de paturages luxuriants. Le Sanatorium est à l'abri des vents du nord et de l'ouest, et son exposition au midi donne une vue splendide sur la forêt d'Aubrac où viennent s'arrêter les vents du sud.

Des sources abondantes et que l'on n'a jamais vu se tarir, même avec la plus grande chaleur, captées au-dessus du sanatorium, fournissent à l'établissement une eau excellente et très fraîche.

Certes nul emplacement, sur ce vaste plateau de schiste et de granit recouvert en partie de coulées baltiques, ne pouvait être plus favorable à la construction d'un sanatorium. D'ailleurs, de l'avis des habitants, c'est le seul endroit de l'Aubrac, où l'on jouisse d'un calme relatif, même pendant les plus grandes tempêtes.

Par sa situation géographique, Aubrac appartient à la zone tempérée. Son altitude moyenne est de 1400 mètres et sa pression oscille autour de 650 m.

Le climat d'Aubrac est donc un climat de haute altitude dont les principaux caractères de l'air sont : la mobilité, la sécheresse, la pureté et la clarté.

La discipline thérapeutique, c'est-à-dire l'observation rationnelle et constante du traitement hygiénique est le principe même du Sanatorium d'Aubrac. Tout malade, dès son arrivée, doit se soumettre aux quatres règles fondamentales du traitement hygiénique : direction médicale, suralimentation, aération continue, repos systématique.

Le repos absolu au lit est exigé de tous les malades pendant toute la durée que nécessite les exigences de l'acclimatement à l'altitude. Chaque jour passé dans le sanatorium est un jour médical, et comme tel doit fournir un bilan thérapeutique.

Le jour médical se règle généralement dans l'ordre suivant :

« 1° A 7 heures du matin, visite médicale dans les chambres ; visite commencée alternativement chez les dames et chez les messieurs ; au cours de cette visite, le docteur trace à chaque malade le programme de sa journée de cure, applique les traitements adjuvants qu'il juge utile d'instituer, inscrit sur le cahier de visite les régimes spéciaux qu'il peut ordonner et qui sont scrupuleusement observés par l'administration. 2° Après la visite médicale, les malades autorisés à se lever se préparent pour le premier déjeuner servi à la salle à manger de 8 heures à 9 heures ; à l'entrée de la salle à manger, ils trouvent chacun leur crachoir de poche désinfecté de la veille et déposé sur une table en console. 3° De 9 heures à 11 h. 1|2, cure d'air, de repos et de silence sur les chaises longues placées dans la galerie de cure. Les curistes peuvent se distraire avec la lecture seulement, écrire et recevoir leur correspondance. A 10 heures, ils prennent leur température sub-linguale pendant 12 minutes, comptent le nombre de leurs pulsations, et inscrivent température et pouls sur leur feuille d'observation. 4° De 11 h. 1|2 à midi, jeux, musique, photographie, promenade dans les bois ou les alentours du sanatorium, si le temps le permet, et si la température sub-linguale n'a pas dépassé à 10 h. 37° 5. A midi, second déjeuner. 6° De 1 heure à 4 heures, cure d'air, de repos, de silence et, autant que possible, de sommeil sur les chaises longues. Le malade, pendant ces quelques heures, vit de la vie végétative, digère, assimile, respire à pleins poumons dans la béatitude du sommeil ou l'indolence la plus complète. 7° A 4 heures, température et pouls d'abord, goûter ensuite dans la salle à manger.

8° A 4 heures et demie, contre-visite médicale : le docteur prend connaissance des feuilles d'observation de chacun et, d'après les renseignements qu'il reçoit, confirme ou modifie le programme du matin, désigne les malades qui peuvent partir pour la promenade. Ce dernier acte ne peut jamais être accompli sans autorisation formelle du docteur. 9° A 5 heures, promenade dont la durée et l'éloignement ont été spécifiés par le docteur, ou cure sur la chaise longue, ou jeux et distractions diverses ; pendant la saison d'hiver, l'heure de la promenade vespérale est avancée. 10° De 6 à 7 heures cure d'air et de repos sur la chaise longue. 11° A 7 heures, diner. 12° De 8 heures à 10 heures, cure d'air, de repos et de silence sur la chaise longue. 13° A 10 heures, tout le monde doit gagner la chambre, remettre

à la sœur infirmière le crachoir de poche, se coucher, et, à 10 h. 1/2, il ne doit plus y avoir de lumière dans les chambres. » (*Extrait du règlement interne du sanatorium*).

Au sanatorium de plaine de Créteil, le jour médical est réglé de la même façon. Donc, si des phénomènes cliniques différents se manifestent chez les malades du docteur Saunal, suivant qu'on les observe à Aubrac ou à Créteil, force nous est de reconnaître que l'action climatérique a bien un caractère qui lui est propre, un mode d'action qui lui est particulier.

Essayons de rechercher sur quelques tuberculeux l'influence du climat sur la marche de leur phtisie pulmonaire.

Obs. I. — M. L..., 20 ans, habitant Paris, avenue de la Motte-Picquet. — Tuberculose débutante des sommets et du larynx, forme congestive, état général mauvais, anorexie complète — température oscillant entre 39 et 40. — Sur notre conseil entre au Sanatorium de Créteil. Après un séjour prolongé de 1 mois l'état général s'est amélioré, l'appétit est revenu, mais la voix est toujours voilée, la toux persiste, l'expectoration est abondante. On entend partout des râles humides et la température, après avoir baissé régulièrement pendant les premières semaines, reste ensuite stationnaire à 38°. Sur l'avis du Dr Saunal, L. part à Aubrac. Exactement deux jours après son arrivée à l'altitude, la température baisse subitement à 37° puis redescend le lendemain à 36° pour ne plus remonter. Nous voyons le malade deux mois environ après son entrée à Aubrac. L'état général est excellent, la voix a repris son ampleur et son timbre normal.

L'auscultation laisse percevoir quelques râles fins, mais secs. Nulle part dans le poumon nous ne retrouvons les râles humides d'autrefois.

A quoi attribuer cette baisse subite de la température, ce recouvrement de la voix, cette dessiccation rapide du poumon, si ce n'est à l'action climatérique de l'altitude. Peut-être, objectera-t-on qu'avec un séjour prolongé davantage à la plaine, ce malade aurait obtenu les mêmes résultats. C'est possible, et nous voulons bien l'admettre, mais il n'en reste pas moins vrai que seul l'action climatérique a opéré en un laps de temps aussi court que celui de deux mois, un tel changement dans l'état général et dans l'état local de ce malade.

Obs. II. — M. B., 22 ans. Tuberculose floride et congestive. Est soumis par nous, à Paris même au traitement hygiénique exclusif. Après 5 mois de repos absolu au lit et deux mois de chaise longue, l'état général est excellent. La température est à 37 matin et soir, mais le malade est essoufflé à la marche et au moindre effort.

L'auscultation relève une légère induration aux 2 sommets et quelques râles humides disséminés dans les poumons. Sur notre conseil B... entre au sanatorium d'Aubrac. Nous le revoyons trois mois après. L'état général est excellent, la respiration a repris son amplitude. Partout on entend le murmure respiratoire. Enfin l'auscultation est négative.

Encore un qui a obtenu en trois mois d'altitude ce qu'il n'avait pu acquérir en sept mois à la plaine.

Obs. III. — M. D., voyageur de commerce, après un séjour prolongé au sanatorium de Créteil sans modifications bien importantes de ses poumons, part, sur l'avis du Dr Saunal, au sanatorium d'Aubrac. Il y fait une cure de dix mois et quitte le Sanatorium quelques jours après notre arrivée. L'auscultation est négative et l'examen bactériologique des crachats fait par M. Miguel ne décèle la présence d'aucun bacille.

Obs. IV. — M. D., étudiant en médecine, porteur de grosses lésions, malgré une année de séjour à la plaine, part au Sanatorium d'Aubrac. Il y fait une cure de six mois et revient à Paris complètement guéri. Depuis 4 ans, en effet, D. n'a jamais eu la moindre manifestation bacillaire, bien qu'il mène une vie extrêmement fatigante. D..., en effet, est externe d'un de nos maîtres des hôpitaux dont le service est très chargé ; il est notre externe au dispensaire et prépare le concours de l'internat.

Le succès de ces deux cures dont la durée a été d'une année pour l'une, de six mois pour l'autre, nous apparaît encore complet et décisif grâce à l'action climatérique propre aux hautes altitudes.

Nous avons eu également l'occasion d'observer et de suivre à Aubrac un cas de tuberculose confirmée chez une jeune fille de 15 ans, entrée au sanatorium 2 jours après notre arrivée. Cette malade était le type du phtisique classique : facies pâle, amaigri ; pommettes un peu rosées ; voix presque éteinte ; dyspnée s'accroissant au moindre effort.

Les membres sont très amaigris, le thorax aplati, les fosses sus et sous-claviculaires très exagérées. Des deux côtés la percussion dénote une matité presque complète. Dans les deux poumons, gargouillements crépitants et sous-crépitants humides. Température sublinguale 40°. L'impression que cette malade a produite sur nous a été tellement pénible que nous ne cacherons pas que, si nous avions eu nous-même à prendre une décision au sujet de la cure climatérique, nous l'aurions certainement déconseillée. Aussi le soir, au dîner, nous n'avons pu nous empêcher de faire part de nos craintes au Dr Saunal. Notre confrère nous a répondu. « J'ai bien examiné la malade ; je connais à fond l'action de l'altitude ; comme cette jeune fille, malgré son mauvais état général, n'a que de la fièvre bacillaire primitive, vous pouvez vous tranquilliser, tout ira bien. » En effet, cette malade fut placée sous ma direction et en tous points les prévisions du médecin fondateur se sont réalisées. En quatre jours, la température est tombée à 37° et six jours après mon premier examen on n'entendait plus aucun râle humide dans la poitrine.

D'ailleurs, tous les malades que nous avons auscultés à Aubrac nous ont frappé par l'absence presque totale de râles humides. On n'entend que des râles à timbre sec. Dans les cavernes il y a du soufle, mais pas de gargouillement. L'air d'Aubrac dessèche l'ulcération des lésions pulmonaires.

Ce que nous avons observé à Aubrac, d'autres peuvent l'observer également dans les mêmes conditions d'altitude et de climat ; par conséquent, l'air des hautes altitudes exerce une action salutaire aussi bien sur les tuberculeux porteurs de cavernes que sur ceux qui n'en ont pas encore.

Dans l'un et l'autre cas, si la co-adaption cli-

nique et pathologique se trouve réalisée à souhait, les effets thérapeutiques sont d'une intensité et d'une rapidité remarquables, saisissantes même pour ceux qui, comme nous, l'ont vu sur place.

La morale des observations ci-dessus mentionnées n'est-elle pas une preuve clinique apportée à la distinction fondamentale qu'établit Jaccoud entre la valeur respective des climats d'altitude à pression basse et des climats doux à pression moyenne et que les hygiénistes maltraitent à plaisir.« Les climats d'altitude à pression basse ont une action régénératrice directe sur l'état constitutionnel, et une influence salutaire non moins directe sur le mode fonctionnel et circulatoire des organes malades ; par suite, ces climats ont un rôle positif dans l'œuvre du traitement ; ils sont des climats actifs ou modificateurs ; en un mot, ils sont des agents de la thérapeutique. Les climats doux à pression moyenne manquent de l'action directe sur le fonctionnement et la circulation des organes respiratoires ; ils ne possèdent que peu ou point d'influence régénératrice sur la nutrition et l'état des forces ; ils agissent indirectement, par protection, contre les accidents intercurrents, par le maintien du *statu quo*, et ils permettent de concilier ce bénéfice avec la vie au grand air ; conséquemment, ces climats n'ont pas un rôle actif dans l'œuvre du traitement, ils sont des climats positifs ou conservateurs ; ils ne sont plus des agents, ils sont des témoins de la thérapeutique. »

Ces observations sont encore une confirmation adéquate des règles et préceptes formulés par Jaccoud pour la direction du traitement climatérique de la phtisie : « Il faut assurer aux phtisiques les effets salutaires des climats fortifiants, toutes les fois que l'indication constitutionnelle l'emporte en gravité et en urgence sur l'indication locale » ; enfin, ces observations nous montrent de la façon la plus évidente qu'en dehors du traitement hygiénique, il y a quelque chose de plus pour le tuberculeux : l'action climatérique, qui est conforme à la logique même des choses, à l'enchaînement indissoluble de la physiologie et de la clinique. »

Si nous interprétons maintenant les résultats que nous avons constatés à Aubrac, avec ceux que nous avons obtenus au sanatorium de Créteil, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° Au point de vue clinique, tout en souscrivant entièrement à l'enthousiasme que le traitement hygiénique a soulevé, venant surtout après les errements du passé, nous croyons qu'on a dépassé le but en ne jurant que par ce traitement et en faisant fi de toute action climatérique.

2° La climatothérapie en phtisiothérapie existe, c'est certain. Cette manière de voir peut surprendre ou suffoquer bien des esprits à une époque où on ne jure que par le traitement hygiénique ; mais les expériences de la clinique et les recherches du laboratoire sont là pour le prouver.

3° La cure de haute altitude, par son action élective sur l'état constitutionnel du malade, par le développement exagéré qu'elle imprime à la fonction respiratoire, contribue puissamment à la restauration rapide de l'organe et au rétablissement *ad integrum* de la fonction.

4° Nous admettons qu'un tuberculeux puisse guérir après un séjour prolongé de trois ou quatre années de la plaine, mais pour nous, lorsque l'indication climatérique se pose avec netteté et précision, nous trouvons que ce serait manquer à son devoir que de passer outre. Deux observations personnelles nous ont prouvé, en effet, qu'il n'était pas indifférent de laisser s'attarder dans une station de plaine un individu curable qui peut guérir en un temps plus court dans les stations élevées.

Au point de vue social, la question altitude nous paraît avoir une importance capitale. Si les malades riches peuvent consacrer leur temps et leur argent pour améliorer leur santé et séjourner pour se guérir plusieurs années à la plaine, il n'en est plus de même pour les tuberculeux pauvres et sans fortune. Pour eux, ce qu'il faut avant tout, c'est les rendre le plus vite possible à leur foyer. Or, l'expérience clinique prouve que seule la gamme climatérique permet d'obtenir ce résultat rapide.

Donc, comprenant l'opportunité incontestable de cette proposition, les œuvres antituberculeuses doivent s'efforcer d'atteindre cet idéal et dans ce but créer des sanatoriums de plaine de demi-altitude et d'altitude.

Dr Govin,
Membre du « Concours médical. »

LA LIGUE SCOLAIRE

Le surmenage scolaire

Par M. le docteur J. Delobel
Lauréat de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur des Écoles

Surmenage scolaire. L'attention de l'enfant. Fatigue intellectuelle. Empoisonnement du cerveau. La surcharge intellectuelle retentit sur la santé et le caractère de l'enfant. Révision et diminution des programmes. — Sous l'influence d'un travail excessif, c'est-à-dire non proportionné à l'âge et aux facultés intellectuelles de l'enfant qui va à l'école, il se produit un ensemble de troubles divers que l'on désigne sous le nom de *surmenage scolaire*.

Le surmenage scolaire n'est pas précisément uniforme : il se présente sous des manifestations multiples, bien qu'il soit dû à une seule et même cause : la fatigue intellectuelle, ou mieux encore le travail exagéré de l'esprit, du cerveau.

Il est inutile de parler de l'étendue des programmes : ils sont exagérés au dire de tous, et l'élève succombe sous la surchage. Le surmenage existe aussi bien dans l'enseignement primaire que dans l'enseignement classique. Les pédagogues sont d'avis qu'il faut rendre le travail attrayant afin d'éveiller et de retenir l'attention de l'élève. Mais les enfants des écoles primaires, âgés de 7 à 13 ans, sont incapables d'une longue contention d'esprit. Cependant, *l'attention est un élément primordial pour assurer le travail intellectuel* : elle est aussi une des causes essentielles de la fatigue cérébrale. Non seulement l'attention excite le cerveau, mais sous son action, « tout l'organisme prend part à la préparation des conditions d'une cérébration plus active » (Mosso). Elle provoque un afflux

sanguin au cerveau d'une part, et d'autre part, elle a sa répercussion sur le cœur dont les battements sont plus forts et sur la respiration dont elle modifie le rythme. L'attention a ses limites surtout chez les enfants qui sont en pleine période de croissance.

La physiologie psychologique du cerveau n'est pas encore établie, quoiqu'on sache que c'est la substance grise qui préside à nos facultés intellectuelles. Toutefois, il est certain que la *mémoire est l'élément fondamental de la pensée* (Mosso), et c'est elle que l'on exerce le plus dans les écoles primaires, surtout à l'approche des examens du certificat d'études.

Aussi, cette culture forcée, intensive, exagérée de la mémoire entraîne-t-elle rapidement la *fatigue cérébrale*, qui engendre à son tour des troubles généraux de l'organisme, parce que le surmenage diminue sa résistance vitale et lui inspire une vulnérabilité plus grande à l'égard des agents morbifères ou pathogènes.

Il en est, en effet, de la *fatigue intellectuelle* comme de la fatigue musculaire. Sous son influence naissent différentes substances qui sont tout à la fois des poisons du cerveau et des poisons de l'organisme. Le travail fait naître ces substances toxiques, véritables déchets de l'organisme, ou matières de rebut, c'est-à-dire des « scories » dont l'accumulation dans le sang amène la fatigue. Les cellules cérébrales éliminent des substances nocives, et « plus intense est la vie du cerveau, plus abondantes sont les déjections de ces cellules, qui souillent le milieu dans lequel elles vivent et salissent le sang, qui après avoir lavé le cerveau, vient irriguer les nerfs et les cellules des autres parties du corps » (Mosso).

La cellule cérébrale agit comme la cellule musculaire. Son fonctionnement exagéré, excessif, l'encombre de produits de décomposition ; elle engendre elle-même les produits qui doivent l'intoxiquer, elle est donc elle-même l'agent de sa propre intoxication, et cette intoxication est d'autant plus rapide que l'écolier est plus jeune, parce que l'élimination de ces produits se fait plus lentement qu'à l'âge viril. Ces scories du travail sont de nature organique : l'acide urique (de Coninck), l'acide lactique (Mosso), la cholestérine (Flint), les ptomaïnes ou les leucomaïnes (Gautier) s'accumulent dans leur foyer d'origine et amènent *l'empoisonnement du cerveau*, qui retentit à son tour sur tout l'organisme et en amoindrit l'énergie vitale. Cet affaiblissement crée la prédisposition morbide (Roger) et fait de l'enfant une proie facile pour les maladies infectieuses.

« La fatigue est une » (de Fleury), elle est toujours « un phénomène cérébral ». Elle produit l'accumulation des acides (Charrin), et en diminuant l'alcalinité des humeurs, elle diminue leur pouvoir bactéricide (Roger) à l'égard des infections et des maladies, et fait apparaître « les substances fébrigènes » (Charrin). Aussi peut-on dire que la fatigue intellectuelle exerce son action sur l'organisme tout entier. Les maladies qui frappent la gent écolière en sont la preuve certaine.

Mais il ne nous est pas possible de passer en revue toute la pathologie scolaire.

La *surcharge intellectuelle arrête le développement de l'enfant* (Brouardel), et rend l'intelligence moins vive. Elle retarde les modifications qui doivent évoluer au moment de la puberté (Brouardel), et frappe la charpente osseuse du corps, le squelette. Des déformations osseuses se produisent, une obliquité du bassin, des déviations ou incurvations de la colonne vertébrale. Les épaules sont inégalement élevées, et la clavicule droite fait une saillie plus grande. L'enfant tend à devenir voûté. La structure architecturale du corps, c'est-à-dire l'esthétique, y perd, et l'on conçoit aisément quel fâcheux avenir se prépare pour la jeune fille, pour le jour où s'accompliront les fonctions physiologiques auxquelles la destine son sexe.

Le *système nerveux* subit de façons diverses les atteintes du surmenage. Tantôt ce sera une simple lourdeur de tête, une céphalée, ou bien un mal de tête plus intense, la céphalalgie, seule ou accompagnée d'épistaxis (Peter). L'écolier devient indolent, paresseux ; il ne sait plus travailler, ni exercer sa mémoire, c'est l'impotence cérébrale, qui conduit rapidement à l'inaptitude, à l'inactivité, à l'incapacité cérébrale. Alors le *cerveau est invalidé* (Peter). A la *lenteur intellectuelle* fait suite la torpeur, puis la somnolence, avec des vertiges. Des troubles nerveux légers ou graves surgissent bientôt, tantôt passagers, tantôt durables. L'irritabilité cérébrale est fréquente, un certain degré de congestion du cerveau existe et conduit trop fréquemment à la méningite.

L'appareil circulatoire n'est pas indemne. Des palpitations se font sentir ainsi que des douleurs à la région du cœur. Le pouls est petit, même irrégulier, la tachycardie fréquente. La circulation générale est parfois atteinte, il y a un resserrement des vaisseaux sanguins qui amène le refroidissement des extrémités et la pâleur du visage.

Le surmenage provoque aussi des *troubles digestifs*, et l'inappétence à son tour conduit à l'anémie, voire même, à la tuberculose. Chez d'autres, il cause la constipation, et celle-ci fait naître les accidents d'intoxications dus à la stercorémie.

Le surmenage prédispose aux affections des voies respiratoires et en assombrit le pronostic.

Des troubles des organes *génito-urinaires* s'observent encore, et si la fréquence des mictions est augmentée, on note parfois chez certains écoliers une albuminurie intermittente et chez d'autres la phosphaturie ou l'azoturie.

Les *organes des sens* subissent aussi l'influence du surmenage scolaire. Certains écoliers seront atteints de myopie, d'autres auront des bourdonnements d'oreille. Enfin, un état spécial du nez, dû à une sorte de gêne dans sa circulation lymphatique, l'aprosexie (Mosso), rend l'enfant incapable d'attention.

Mais le surmenage produit d'autres effets encore; sous son influence, l'enfant devient moins alerte, moins gai, moins vif. Les symptômes physiques, ou, pour mieux dire, les phénomènes morbides qu'il provoque *retentissent sur le caractère* même de l'écolier. L'inappétence engendre la tristesse, la dyspepsie, rend l'enfant emporté, impatient, irritable ; il en est de même des troubles nerveux. L'albuminurie intermittente interdit le travail régulier, la phosphaturie et l'azoturie entraînent l'indolence et la paresse, qui n'est autre chose que le « reflet mental d'une tonicité générale très basse, d'une pauvre énergie vitale » (M. de Fleury).

Les effets du surmenage intellectuel ne sont donc pas à dédaigner : car la lassitude du cerveau épuise rapidement le reste du corps (Bossuet). Mais, dans certains milieux, on ne paraît pas admettre cette influence que lorsqu'on jette le cri d'alarme, et celui-ci s'apaise le plus souvent sur une simple promesse qui n'amène aucun changement dans les programmes de nos écoles. Chaque fois que se prononce le mot de surmenage, les familles s'émeuvent, une levée de boucliers se fait en masse dans le monde médical, et bientôt... tout cesse, car on ne parvient guère à troubler la sereine impassibilité (Bergeron et D. Heilly) de l'Université « qui ne se dérange pas facilement de ses usages »(J. Simon.)

Thiers d'abord, Duruy ensuite avaient déjà dénoncé la surcharge intellectuelle imposée aux enfants au dépens de leur développement physique. A différentes reprises, on montra les dangers de cette éducation, que P. de Laprade a, par une exagération trop évidente, appelée homicide. J. Simon et Carnot ont formé des commissions qui ont amené des réformes sans doute importantes sur... le papier. Plus près de nous, il faut rappeler la discussion célèbre sur le surmenage à l'Académie de médecine en 1887, discussion à laquelle prirent part Lagneau, Luys, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, et les professeurs Peter, Le Fort, Trélat, Hardy, Colin (d'Alfort), Perrin, Javal, Brouardel.

Il ne semble pas qu'un allégement considérable ait été apporté aux programmes à la suite de cette discussion. Et, récemment encore, la question du surmenage dans l'enseignement classique a été de nouveau soulevée par Mathieu, Le Gendre, Surmont. Leur initiative est digne d'être louée : ils ont fondé la *Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire*.

Cette ligue pourra rendre de grands services à la gent écolière si elle ne se laisse pas trop endormir dans un solennel silence où des promesses lénitives ont peut-être déjà cherché à la plonger.

Dans nos écoles primaires, les programmes sont aussi trop chargés. Les exercices doivent être de courte durée (Compayré), et le travail attrayant, sans toutefois supprimer l'effort. Mais les connaissances exigées sont trop variées : l'histoire de France, la géographie, l'instruction morale, l'instruction civique, les sciences physiques et naturelles dans leur application à l'agriculture, le calcul, l'arithmétique, l'orthographe sont appris aux élèves dont *on charge la mémoire aux dépens de l'intelligence et de la santé.* Aussi voit-on nombre d'enfants ne faire que promener leur curiosité à travers tant d'objets (Ribot). Comme, à cet âge, l'enfant a besoin, avant tout, de grand air, d'agitation, de mouvement (Rochard), il proteste à sa manière contre l'inactivité qui lui est imposée. » Il se trémousse sur son banc, parle à l'oreille de son voisin, étouffe ses éclats de rire, s'amuse d'une mouche qui vole, et n'écoute pas. » Il fait de la sorte une hygiène inconsciente, mais préventive, qui le préserve de l'*indigestion cérébrale*, de la *dyspepsie intellectuelle*, en même temps qu'elle le garantit des maladies engendrées par le surmenage. Il faut donc reviser et diminuer les programmes imposés pour le certificat d'études primaires, si l'on ne veut pas avoir d'enfants chétifs et malingres. C'est là le plus sûr moyen de réduire la morbidité et la mortalité scolaires, à la condition qu'une *surveillance médicale des écoles* soit constamment exercée afin de dépister les victimes de la surchage intellectuelle. (*Gazette des Hôpitaux*, 24 mai 1902.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La question de l'enseignement médical pratique.

M. le Dr Ferlin (de Valence), discutant, dernièrement, à la Société médicale de la Drôme et de l'Ardèche, les communications sur la *chirurgie en dehors des grands centres*, faites par MM. les Drs Damas et Rocheblave (voir *Concours médical*, no 32, 1902), a tenu, au sujet des études médicales actuelles, un langage qui se rapproche singulièrement des opinions exprimées au dernier numéro (voir *Propos du jour*) par le groupe de praticiens qui voudraient voir délivrer le diplôme de docteur aux seuls candidats ayant prouvé leur capacité dans la pratique.

M. Ferlin s'est exprimé ainsi à ce sujet :

Considérant donc qu'il est d'obligation rigoureuse pour un médecin non seulement de savoir poser une indication chirurgicale mais d'être le plus souvent capable de la remplir lui-même, surtout si le temps presse, persuadé, pour toutes les raisons si sagement développées ou spirituellement dessinées par M. Rocheblave, qu'il serait à la fois profitable aux intérêts des malades et profitable aux intérêts de la chirurgie qu'il en fût généralement ainsi, je demande la permission de marquer un de mes étonnements : Comment admet-on que nous puissions quitter l'école, sans avoir exécuté, sous l'œil d'un guide bienveillant, une kélotomie, une trachéotomie, une uréthrotomie, un curettage, etc., en somme toutes ces opérations d'urgence que la foi accordée à notre titre va nous imposer incessamment et que nous ne pouvons retarder ou éviter sans compromettre ou trahir notre grave mission ?

Il y a trente ans, on était reçu docteur sans avoir vu d'accouchement. Les plus consciencieux se faisaient scrupule de commencer à pratiquer et partaient, leur diplôme enregistré, pour une clinique obstétricale. Un peu avant mes études, il y a 25 ans, beaucoup apprenaient leur anatomie en chambre, et vous pensez s'ils pouvaient la savoir ! Les dissections furent alors rendues obligatoires. Au début de cette grande et heureuse réforme, je me rappelle la joie maligne de Verneuil et l'air féroce de Trélat collant les candidats surpris par cette période de transition qui fut à la fois amusante et terrible.

Eh bien ! à l'exemple de ces deux grands maîtres, les professeurs de nos facultés devraient surtout désirer et réaliser pour les élèves l'enseignement du *métier* qu'ils sont appelés à exercer plus tard. Il leur faut avant tout un enseignement professionnel. Avouons qu'il est fort incomplet jusqu'ici et qu'il y a grand mérite mais aussi très grand péril à le compléter, après être sorti de l'école.

Déjà des hommes autorisés, des esprits éminents font campagne dans cette direction. Avec sa grande expérience des études cliniques, le professeur Bouveret a rompu des lances ces temps derniers contre le P. C. N., cet enseignement de la première année de médecine, qui n'apprend rien ou presque rien de pratique au futur ouvrier de médecine et ne lui ouvre même pas avec profit les horizons de science générale pour lesquels il lui manque l'initiation professionnelle nécessaire. On parle de microbiologie à un étudiant qui n'a pas encore vu un malade, qui n'a pas encore vu évoluer un état infectieux !

Comme médecine opératoire, tout le monde reconnaît depuis longtemps qu'elle n'est pas enseignée, de façon utile. Le professeur Trélat réclamait de mon temps la hiérarchisation de la chirurgie. Si ce système était accueilli, les étudiants sur le point d'entrer dans la pratique pourraient y jouer un rôle au grand profit de leurs initiatives prochaines.

Nos maîtres ès arts chirurgicaux sentent si bien l'insuffisance pratique de leur enseignement que, lorsque nous les appelons en province, ils font une moue méfiante, comme si on les priait d'entrer en pays barbare où, à leurs yeux, nous sommes retombés. Nous parlions du fétichisme de leur milieu, de leurs salles d'opérations. Ils ont aussi celui de leurs aides. Ils amènent leur interne, comme s'ils ne nous avaient jamais appris à nous laver les mains.

Dernièrement, un grand opérateur a bien voulu nous autoriser à lui voir ouvrir dans une clinique, sur un de nos clients, un abcès rénal. Et comme le malade désirait revenir bientôt chez lui et nous confier ses pansements : « Vous emporterez de Lyon, mon cher confrère, de l'eau oxygénée, car vous n'en trouveriez pas à Valence. »

Ce mot dit ingénûment, sans pose et par *conscience*, peint bien l'état d'âme de nos maîtres vis-à-vis des médecins de province qu'ils ont formés ! Ils ne leur permettent même pas de se consoler dans dans l'aimable langue de Faguet : « des barbares à demi-civilisés, voilà ce que nous sommes pour le moment ; il y a beaucoup d'espoir... »

Je me tais. « Il ne faudrait parler que comme le vase qui déborde, a dit H. Perreyve. » Qui déborde de bonne choses ?

A la réflexion, nous sommes assez portés à croire que les vues de la généralité des praticiens doivent être identiques à celles de M. Ferlin et de nos correspondants anonymes.

S'il en était ainsi, pourquoi ne prierions-nous pas M. le prof. Mayet d'accorder à cette opinion, dans le dépouillement de son enquête, toute l'attention qu'elle mérite ? Il nous plairait beaucoup de faire cette démarche, mais après avoir entendu tout ce que nos lecteurs peuvent avoir à dire pour ou contre les propositions très formelles de notre groupe de praticiens :

Rédaction d'un programme du doctorat par des praticiens réunis en commission ;

Stage permanent, obligatoire, dans les salles, avec attribution de partie des besognes pratiques accomplies par les internes ;

Constitution d'un dossier de notes données par les chefs au cours de ce stage ;

Examens portant sur les matières du programme et plus accessoirement sur les théories, hypothèses, méthodes ou vues personnelles des maîtres, tant qu'elles ne sont pas vérités à peu près acquises ou couramment acceptées.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires dus aux médecins des hôpitaux en matière d'accidents du travail.

Justice de paix du canton de Peyrolles, le 30 juillet 1902.

Jugement rendu par M. Bonfillon, juge de paix officier d'Académie. Plaidaient : pour le demandeur, Me Georges Trinquier, avocat à Aix ; pour le défendeur, l'agent d'une compagnie d'assurance.

. . . .

« Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ; attendu que le docteur Casse, médecin-chirurgien, attaché à l'hôpital d'Aix, a fait citer devant nous, en cette qualité, le sieur Thus, Joachim, pour obtenir paiement de la somme de 200 francs, montant d'une opération chirurgicale (amputation d'une jambe) pratiquée sur la personne du sieur Thus, Marcelin, victime d'un accident du travail, survenu à Jonques, alors qu'il était au service du défendeur, pour lequel accident le tribunal d'Aix a alloué à cet ouvrier blessé une rente annuelle et viagère, qui est actuellement servie par une compagnie d'assurance :

« Attendu que le défendeur soutient que dans la somme de 1 fr. 60 par jour qu'il a payée à l'hôpital d'Aix pour son ouvrier blessé, doivent être compris tous les frais médicaux, pharmaceutiques et même ceux de l'opération dont s'il s'agit ; que c'est à tort que le docteur Casse réclame des honoraires supplémentaires ; mais qu'il ajoute subsidiairement que dans le cas où le principe de cette réclamation serait admis, ce serait le tarif de l'Assistance médicale gratuite qui serait applicable, la victime étant dans l'indigence ;

« Attendu qu'il est certain que les médecins et chirurgiens qui acceptent moyennant un traitement très minime de donner quotidiennement des soins aux malades hospitalisés, ne le font que par esprit de charité et d'humanité, mais qu'il est entendu que ces soins gratuits ne doivent s'appliquer qu'aux indigents, à l'exclusion des hospitalisés payants ; qu'en l'état, il y a lieu de rechercher si l'ouvrier en question était classé parmi les indigents ;

« Attendu que le législateur, en édictant que l'assistance judiciaire serait accordée de plein droit aux ouvriers victimes d'accident de travail, ne s'est nullement préoccupé de la situation pécuniaire de la victime ou de ses représentants, puisqu'il a décidé qu'elle serait accordée même aux ouvriers ou employés dont le salaire dépasse 2400 francs par an (argument tiré de l'article 2, § 2, de la loi susdite) ; que, dès lors, on ne saurait admettre que le fait d'accident du travail rende par lui-même indigente la personne qui en a été victime, étant donné que, suivant le cas, un salaire ou une rente est assuré à celle-ci, et que les frais médicaux et pharmaceutiques, si élevés qu'ils soient, lui sont toujours remboursés par le patron responsable ;

« Attendu que la somme de 1 fr. 60 par jour que le défendeur dit avoir payée à l'hôpital d'Aix ne peut s'affecter qu'aux frais d'hospitalisation, le prix en étant trop minime pour y comprendre les honoraires dus au médecin, non pour de simples visites, mais pour une opération difficile et grave ; que s'il en avait été autrement, l'administration de l'hôpital aurait sûrement fixé un prix supérieur, mais qu'elle ne le pouvait lors de l'entrée du malade, ignorant les conséquences qu'entraîneraient les blessures que portait l'ouvrier du défendeur ; que, du reste, l'équité ordonne qu'il en soit ainsi, si l'on veut que ces honorables praticiens puissent continuer leur charitable mission, tout en empêchant les abus de se produire ;

« Attendu qu'en l'état, le défendeur ne peut se prévaloir de la disposition de l'article 4 de la loi susvisée, qui est applicable au cas où l'ouvrier a choisi lui-même le médecin ; qu'en droit, la distinction de l'article 4 est inapplicable lorsque la victime de l'accident est soignée dans les hôpitaux (circulaire du garde des sceaux du 10 juin 1899, que telle a été la pensée du législateur ; qu'en effet, le fait de l'hospitalisation de la victime de l'accident est presque toujours indépendant de sa volonté ; qu'il est surtout imposé par l'état du blessé, l'urgence du traitement et l'impossibilité matérielle de le traiter à domicile ; qu'on ne saurait donc assimiler ce cas à celui où la victime a choisi son médecin, car ce choix doit résulter de sa volonté expresse ; qu'en conséquence, le tarif de l'assistance médicale gratuite ne peut recevoir ici son application ;

« Attendu, quant au montant de la note produite par le demandeur, qu'il y a lieu d'en déduire la partie réclamée pour les aides dont le docteur Casse a eu besoin dans la susdite opération, parce que ces

aides, étant des internes d'hôpital, sont considérés comme des employés de l'établissement, et, à ce titre, tenus obligatoirement d'assister, sans rétribution spéciale, les médecins et chirurgiens de service ; que, dès lors, le montant de cette note doit être ramené au chiffre de 150 francs, qui est le prix demandé pour l'opération, et qui nous paraît raisonnable ;

« Par ces motifs, etc., etc., condamnons le sieur Thus Joachim à payer au docteur Casse la somme de 150 francs, montant des causes sus-indiquées... »

REPORTAGE MÉDICAL

Le carnet sanitaire. — M. le Dr Dumas (de Lédignan) a consacré récemment une petite brochure au développement d'une proposition déjà formulée à diverses époques par des membres du Concours et notamment, il y a cinq ans, par M. le Dr Lejeune (de Moursault) et M. le Dr Lecerf (de Saint-Julien de Concelles, Loire-Inférieure). Il s'agissait de créer, pour chaque individu, un carnet qui, tenu à jour par le médecin, serait l'histoire pathologique de chaque personne et un élément de celle des familles, des communes ; etc. Tout le monde aperçoit bien les avantages de cette documentation : mais tout le monde en voit aussi trop bien les difficultés et les inconvénients. Et ceux-ci sont tellement graves qu'avant de passer à la pratique il faudrait être absolument sûr de pouvoir les écarter. Malgré la réfutation que M. Dumas oppose aux objections, il reste douteux, pour la plupart de nos confrères, que l'idée soit réalisable sans ces inconvénients.

Communiqués.

Institut de médecine coloniale. — L'institut de médecine coloniale est créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le 1er cours commencera le 15 octobre et sera terminé le 25 décembre 1902.

Peuvent s'inscrire : les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée. Parasitologie. Hygiène.*

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 73, rue Michel-Ange.

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique.

L'enseignement clinique et le cours de pathologie tropicale, deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'Hôpital d'Auteuil.

Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt) ; Montreuil-Boulogne (passe rue Michel Ange). — Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour). — 3° Bateaux-mouches (Point-du-Jour).

Le prix de l'enseignement et les conditions dans lesquelles la gratuité peut être obtenue sont fixés par le Comité de direction de l'Institut de médecine coloniale.

S'adresser à ce sujet, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le Professeur Brouardel, 68, rue de Bellechasse, Paris, et pour tous autres renseignements, au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Délivraison des médailles du Centenaire de l'Internat. — La frappe et la gravure des médailles, retardées par la rupture des coins, sont aujourd'hui terminées, et le trésorier du Centenaire tient à la disposition de chaque souscripteur la médaille portant son nom à laquelle il a droit. Le Comité ayant décidé, par mesure d'économie, d'attendre l'achèvement du volume du Centenaire dont la date ne peut encore être prévue, pour ne faire qu'un envoi aux souscripteurs, le trésorier ne peut faire actuellement d'envoi aux frais de la souscription.

Les souscripteurs habitant Paris peuvent faire retirer leur médaille immédiatement à la librairie, 2, rue Casimir-Delavigne. Ceux des souscripteurs de province qui désirent recevoir leur médaille *franco*, n'ont qu'à faire connaître leur désir au trésorier, M. G. Steinheil, en lui adressant 0 fr. 50 en timbres-poste pour frais d'envoi.

Pour l'étranger, les conditions de l'expédition sont variables avec chaque pays et ne peuvent être indiquées d'avance. Le trésorier s'efforcera de faire l'envoi dans les meilleures conditions possibles.

Les honoraires du médecin qui assiste des duellistes. — Ces honoraires donnent rarement lieu à discussion ; aussi croyons nous devoir signaler le fait suivant, rapporté par le *Progrès médical.*

« Dans une ville de l'ouest, deux amis se disputent, il y a échange de témoins et une rencontre est décidée. Ces deux personnes avaient le même médecin. Un second praticien est appelé pour un des combattants. Il se lève de bonne heure, se munit d'objets de pansements, va à quelques kilomètres de la ville, flambe les épées, assiste au combat perd sa matinée. Son nouveau client est blessé légèrement. Il le panse et le ramène chez lui. Puis il attend ses honoraires.

« Plusieurs mois après, ne voyant rien venir, il adresse sa note qui s'élevait, je crois, avec les fournitures du pharmacien, à la somme de 50 francs. Le client ne répond pas ; les hommes assez courageux pour risquer une égratignure en duel ne le sont pas assez dans d'autres circonstances de la vie, ils laissent à leur femme la responsabilité de certaines petites lâchetés, et c'est à la lettre de Madame que nous emprunterons quelques phrases :

« Du reste, on me dit, écrit-elle, qu'entre hommes il y a une question de délicatesse qui interdit même le moindre commerce à cette occasion, et les médecins, pas plus que les témoins, ne sont, en général, amenés sur le terrain avec de l'argent. Mais, n'étant pas versée dans ces sortes de choses, si vous persistez dans vos prétentions, je serai obligée, à mon grand regret, de laisser à d'autres le soin de régler avec vous cette affaire subtile. Cependant, je ne doute pas qu'après avoir un peu approfondi l'observation que je me permets de vous faire, vous la comprendrez sans la moindre hésitation, et vous êtes trop intelligent pour que je discute avec vous l'inutile traitement d'une insignifiante égratignure, etc., etc... »

Le Dr Noir, qui publie ce fait, ajoute qu'à son avis il n'y a qu'à « soumettre purement et simplement à la justice les gens qui se font une si bizarre idée de leur honorabilité ».

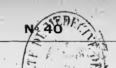
NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Jacob, père, de Montsurs (Mayenne), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 40 4 OCTOBRE 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical

Séance du Conseil du 14 septembre 1902.

Présents : MM. les Drs Gassot, Maurat, Jeanne, H. Cézilly.

— Le Conseil enregistre avec une vive satisfaction l'accueil fait à ses vues touchant l'avenir des syndicats médicaux, et décide qu'il sera donné à l'Assemblée générale une idée du mouvement nouveau de solidarité provoqué par le numéro spécial que le journal a consacré à cette question.

— Il constate que l'enquête (faite très complètement) sur l'application du deuxième paragraphe de la loi accidents a démontré (voir n° 33 du journal) que, après quatre ans de pratique de la loi, ce paragraphe inéquitable restait à peu près inappliqué par toute la France, et qu'il y avait lieu d'en demander la suppression par le Parlement, attendu qu'il a pour seul effet d'armer les assureurs en vue de pressions illégales sur les ouvriers et sur les médecins.

— Il regrette que les diverses communications recueillies sur la proposition Perrimond (création d'une ligue pour la meilleure répartition des clientèles), aient été à la fois peu nombreuses et plutôt hostiles au projet, à cause de la difficulté de mise en pratique. Il constate que l'étude de chacun de ses membres aboutit aussi à l'absence d'une formule d'application présentant quelque chance de succès et d'utilité, et il laisse la question ouverte.

— Le Conseil décide de rester très attentif à tout ce qui se prépare en vue de l'application de la loi sur la santé publique. De même que le journal a signalé déjà les points sur lesquels il y avait, dès aujourd'hui, matière à pourparlers entre les conseils généraux et les syndicats, de même il étudiera les procédés pratiques de désinfection que les médecins ont le plus de chances de voir adoptés à cause de leur simplicité ou de leur prix de revient peu élevé, à la portée de tous les budgets.

— Dans la discussion de la loi militaire, le Conseil soutiendra les idées qui furent toujours celles du *Concours*, et qui ont été reproduites au n° 36 du journal : service militaire accompli comme médecin militaire stagiaire après les études médicales, à la faveur d'un sursis et sans dispense.

— Le Conseil prend connaissance d'intéressantes lettres qui lui sont soumises par M. H. Cézilly. Il formule une réponse immédiate pour la plupart d'entre elles, et décide qu'il étudiera certaines propositions qui font l'objet des autres, et auxquelles il a été répondu provisoirement dans ce sens.

Le Conseil fixe l'Assemblée générale du Concours au dimanche 16 novembre et les réunions préparatoires au 15 et au 16 octobre prochain.

Le Conseil décide enfin de poursuivre d'une manière ininterrompue l'étude de la question soulevée par M. le professeur Mayet, de Lyon, et de préparer une réforme complète de l'enseignement de la médecine en France.

Association amicale.

Séance du 25 septembre 1902.

Etaient présents : MM. Maurat, Lepage, H. Cézilly, Gassot, Jeanne, Mignon.

Admissions nouvelles.

Le Conseil prononce les admissions suivantes *Combinaison A* : MM. Bocquel, à Angers (Maine-et-Loire) ; Arêne, à Chambon (Var) ; Gastel, à Fougères (Ille-et-Vilaine) ; Villequez, à Roscy (Haute-Saône) ; Aubert, à Clamecy (Nièvre) ; Talcnt, à Fayence (Var) ; Le Duigou, à Cherbourg (Manche) ; Duclos, à Fontenay (Vendée) ; Raoult, à Vernon (Eure).

Combinaison B : MM. Curé, à Corbie (Somme) ; Dubain, à Beaugency (Loiret) ; Lyons, à Cotignac (Var) ; Gardette, à Paris ; Henry, à Seine-Port (Seine-et-Marne) ; Croisier, à Blois (Loir-et-Cher).

Madame Diveira-Bernson, à Lille, et M. Mendel à Paris, seront également admis à la combinaison A dès qu'ils auront complété leur dossier.

L'admission du Dr Claveric, de Mouy (Oise), est reportée au 1er octobre 1902.

Le numéro 397 est rayé.

Sont suspendus jusqu'à nouvel ordre les numéros 326 et 352, depuis le 1er janvier 1902 ; 133, 200, 221, 285, 447 et 674, depuis le 1er juillet 1902.

Indemnités de trimestre ;

Le Conseil vote ensuite les indemnités suivantes pour incapacité de travail :

			Francs.
Numéros	1	3 mois 1/2 B	150 »»
—	78	12 jours	120 »»
—	80	3 mois	300 »»
—	83	43 jours	430 »»
—	96	12 jours	120 »»
—	103	19 jours	190 »»
—	137	14 jours	140 »»
—	150	3 mois	300 »»
—	164	1 mois	100 »»
—	208	1 mois	100 »»
—	238	3 mois	300 »»
—	268	3 mois	300 »»
—	342	15 jours	150 »»
—	343	un mois	100 »»
—	358	3 mois	300 »»
—	362	3 mois	300 »»
—	368	41 jours	410 »»
—	384	9 jours	90 »»
—	406	12 jours	120 »»
—	456	36 jours + 1 mois et 2 jours (solde)	366 50
—	458	35 jours	350 »»
—	488	3 mois	300 »»
—	494	49 jours	490 »»
—	501	3 mois	300 »»
—	511	12 jours	120 »»
—	514	18 jours	180 »»
—	231	8 jours	80 »»
—	647	11 jours	110 »»
—	703	61 jours	603 30
—	732	27 jours	270 »»
—	741	21 jours	210 »»
—	762	34 jours	340 »»
—	802	37 jours	370 »»
		Total	8.109 80

Le Conseil se trouve obligé de rejeter comme insuffisamment justifiées quatre demandes d'indemnités pour séjour aux eaux ou à la mer.

M. Gassot, trésorier, donne ensuite lecture de la situation financière de l'Amicale au 23 septembre 1902.

Situation de l'Association amicale au 23 septembre 1902.

Portefeuille déposé à la Société générale :

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr., Rente française 3 % Fr.	10.283 40	10.015 »»
350 fr., Rente française 3,5 %	10.840 70	10.120 »»
10 obligations Chemin de fer de l'Est, 3 %, nouv.	4.634 90	4.650 »»
20 obligations Chemin de fer de l'Est, 3 %, anc.	9.474 40	9.370 »»
30 obligations Chemin de fer du Midi, 3 %, anc.	13.850 45	13.980 »»
50 obligations Chemin de fer Grand Central 3 %	23.324 90	23.262 50
40 obligations Chemin de fer Lyon, fusion, 3 % anciennes	19 140 25	18.840 »»
120 obligations Chemin de fer de l'Ouest, 2,5 %	49.320 »»	51.000 »»
15 obligations Banque hypothécaire remb. à 1,000 fr	8.493 »»	8.790 »»
20 obligations Foncières, 1883	9.198 40	9.180 »»
20 obligations départ., Aude, 3,44 %	9.889 10	9.820 »»
Totaux Fr.	168.449 50	169.027 50
Espèces à la Société générale... Fr.		29.693 49
— en caisse		586 81
Total Fr.		199.307 80

Le trésorier, A. Gassot.

M. Jeanne, secrétaire général, donne ensuite lecture d'une lettre qu'il a reçue du secrétaire d'une Caisse d'indemnité-maladie du Midi, et par laquelle, le bureau de cette caisse demande sur quelles bases elle pourrait fusionner avec l'Amicale.

M. Jeanne ajoute qu'il a consulté à ce sujet M. Fleury, l'actuaire si dévoué de l'Amicale, et qu'il a immédiatement répondu à son correspondant que M. Fleury allait étudier la combinaison la plus favorable à cette fusion et à toute autre du même genre, dès qu'il aurait reçu à ce sujet tous les renseignements nécessaires.

Après discussion, le Conseil décide d'admettre le principe de cette fusion, à la condition que tous les nouveaux membres se trouvent rentrer dans la règle commune, et d'attendre les résultats du travail de l'actuaire avant de prendre une décision ferme.

Le secrétaire des séances,
A. Mignon.

PROPOS DU JOUR

Le Coffre-fort de l'Amicale.

Dernièrement, un de nos confrères, dépeignant l'état d'âme des médecins de sa région, nous écrivait que la hantise du coffre-fort Humbert

n'était pas dissipée et que certains, désireux sans doute de s'affilier à l'Amicale, hésitaient à se dessaisir de leur bonne galette dans la crainte de trouver notre caisse vide le jour où précisément ils auraient besoin de la faire ouvrir.

Le rapprochement, nous n'avons pas besoin de le dire, nous a causé une légitime fierté. Diable ! tout le monde n'est pas de force à élever des lapins d'une taille aussi gigantesque ! Mais le souci de la vérité nous oblige à déclarer qu'aucune assimilation n'est possible en l'espèce, puisque le coffre-fort de l'Amicale n'existe pas. Il est donc évident que ce coffre ne peut être ni plein, ni vide, et qu'il ne peut pas même renfermer le vieux sou du coffre devenu légendaire.

L'article 40 des statuts dit en effet que les fonds de la Société sont déposés dans une caisse publique et que le trésorier ne peut conserver que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes, et une décision de l'Assemblée Générale a fait choix de cette caisse publique : c'est la Société Générale.

Le compte courant de l'Amicale, son portefeuille, dont le même article 40 limite la composition, sont donc en lieu sûr et, s'il n'est besoin ni d'ordonnance du tribunal, ni de commissaires de police pour faire ouvrir les coffres, le retrait des titres n'est déjà pas si facile puisqu'il exige trois signatures des Membres du Bureau, et même, s'il s'agit de valeurs nominatives, de doubles légalisations par un notaire et par le Président du Tribunal civil.

Il nous semble que ce sont là des garanties que ne connaissaient guère les créanciers Humbert !

Ailleurs, notre correspondant parle du désir qu'on aurait eu de voir l'Association Générale tirer d'affaire l'Association Amicale. Ici, nous ne comprenons plus. De quelle affaire veut-on parler ?

L'Amicale doit se suffire à elle-même : ses cotisations ont été calculées pour cela et les statuts ont prévu un inventaire périodique pour le calcul des réserves, afin que la situation pût toujours être exactement connue.

En chiffres ronds, l'Amicale compte 850 membres et son actif, au 23 septembre 1902, est de 199.307 fr. 80.

En supposant qu'en fin d'exercice la réserve soit abaissée à 180.000 fr., ce serait encore une moyenne de 210 francs par membre, et il ne faut pas oublier que les recettes annuelles dépassent 65.000 francs.

Voilà ce que pourrait montrer le coffre-fort de l'Amicale, s'il existait. Des titres et pas de coffre-fort — on voit qu'il n'y a pas d'assimilation possible avec l'affaire Humbert.

LA SEMAINE MÉDICALE

Intoxication saturnine chez l'enfant.

M. le Dr *Dufour-Labastide* a consacré sa thèse à l'étude des complications de l'intoxication saturnine chez le nouveau-né ; voici quelques-uns des faits qu'il a observés : On sait le rôle important joué par les fards, cosmétiques et teintures à base de plomb, employés par les nourrices, dans la production des accidents que présentaient leurs nourrissons.

Mais on doit placer à côté de ces causes les substances plombifères employées dans un but *thérapeutique*. On peut citer par exemple, comme ayant produit des phénomènes d'intoxication chez les enfants : la *céruse* employée à saupoudrer des excoriations aux cuisses (Chaussier cité par Tanquerel), l'*acétate de plomb* employé, soit en solution pour une coupure (Chapin.), soit en collyre pour une conjonctivite granuleuse chronique (*Gaz. des hôp.*, 1879) ; *l'eau de Goulard* mise en grande quantité sur la poitrine de la nourrice (Lœwy), et les solutions plombifères employées contre les gerçures du sein.

M. Labastide cite encore deux causes peu communes d'intoxication saturnine chez l'enfant, mais qui ont déterminé les symptômes du saturnisme. Il est difficile de les faire rentrer dans les catégories précédentes : dans un cas, il s'agit de *grains de plomb* qu'un enfant reçut dans un accident de chasse et qui, laissés dans la plaie, furent l'origine de l'intoxication ; dans l'autre observation, le Dr Variot raconte comment un enfant d'un an fut empoisonné par un *corps étranger plombifère de l'estomac* (bloc servant aux typographes) pour lequel on dut faire la laparotomie.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de l'intoxication, il est à noter que l'enfant paraît moins sensible que l'adulte à l'action du plomb, ce qui tient évidemment à ce que chez lui les éliminations se font beaucoup plus facilement en raison de l'intégrité des organes.

Les usages thérapeutiques du bleu de méthylène.

Dans une récente étude, publiée par le *Dauphiné médical*, M. le Dr *Berlioz* a passé en revue les différents usages thérapeutiques du bleu de méthylène. Cette substance est très soluble dans l'eau, aussi s'absorbe-t-elle et se diffuse-t-elle très rapidement. Un quart d'heure après l'ingestion *per os* ou après une injection sous-cutanée, la coloration bleue apparaît dans les urines et l'élimination se produit régulièrement pendant deux jours. La régularité de cette élimination a servi de base à une méthode de diagnostic de la perméabilité rénale (Achard et Castaigne).

Le bleu de méthylène a été employé dans les maladies douloureuses du *système nerveux*, le *rhumatisme*, le *diabète*, la *malaria*, les *ophtalmies*, la *blennorrhagie*, le *cancer*.

C'est dans les affections douloureuses du système nerveux que le bleu de méthylène manifeste le mieux son action. Il paraît avoir une affinité particulière pour les éléments nerveux, les imprègne, les teint et cette imprégnation a pour effet de calmer l'élément douleur.

Dans la *sciatique*, le bleu de méthylène amène la disparition rapide des douleurs chez les quatre cinquièmes des malades, et, chose curieuse, c'est surtout *dans les cas graves, ceux où il existe une altération notable du nerf, qu'il agit le mieux*.

Il s'ensuit que le bleu réussit à guérir là où les autres médicaments échouent le plus souvent, c'est-à-dire dans le cas de *névrite*.

Le résultat est rapide et durable, la sédation de la douleur se manifeste au bout de quelques

heures et la guérison en quelques jours. Klemperer a traité vingt-sept cas de sciatique et n'a eu que huit insuccès. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue en quelques jours.

Lemoine a réussi à guérir, en quelques heures, des *migraines* tenaces, récidivantes et extrêmement douloureuses.

Dans le tabes, on peut calmer les douleurs viscérales et notamment les crises gastriques en employant de hautes doses, 1 gramme pendant trois jours de suite. On suspend pendant deux jours, puis on reprend ensuite.

Dans le *diabète*, où le système nerveux joue un rôle important, les résultats signalés par divers auteurs ont été favorables.

Lemoine a traité avec succès plusieurs cas de diabète et rapporte, en particulier, l'observation suivante : un diabétique ayant 85 grammes de sucre par litre prit 35 grammes de bleu de méthylène par jour. En huit jours, le sucre tomba à 12 grammes par litre. Il est à noter que cet abaissement de la quantité du *sucre fut obtenu sans modification du régime alimentaire*. Huit jours après, un dosage donnait 8 à 12 grammes par litre. Le malade fut alors soumis au régime antidiabétique et, une semaine après, le sucre avait totalement disparu.

Dans le *rhumatisme articulaire*, les résultats ont souvent été fort remarquables et Lemoine estime même que souvent ce médicament a plus d'efficacité que le salicylate de soude.

Mais, c'est surtout dans la *malaria* que cette efficacité s'est montrée, et certains médecins lui ont attribué une supériorité sur la quinine. Les enfants surtout paraissent bien le tolérer et le prennent plus facilement que cette dernière. En tous cas il a réussi souvent dans des circonstances où le sulfate de quinine avait échoué. Cependant, il n'est pas prouvé que cette heureuse action soit due à son action tinctoriale sur les hématozoaires.

Le Dr Berthier l'a préconisé dans la *dysenterie* et l'a utilisé surtout chez des sujets dysentériques rapatriés de Madagascar. Le traitement consiste en lavements chauds d'un litre de la solution de bleu de méthylène à 0 gr. 20 pour 1,000. On donne quatre lavements dans les vingt-quatre heures ; le malade doit garder le lavement le plus longtemps possible.

Sous l'influence du bleu de méthylène, les douleurs, coliques, ténesme, épreintes, cessent rapidement, les garde-robes deviennent progressivement plus rares ; dès le premier ou le deuxième jour, la bile revient dans les selles. Berthier insiste sur ce retour de la bile qui est d'un heureux présage et qui est l'objectif de toutes les médications. Il ne signale aucun insuccès. L'emploi de ces lavements antiseptiques et analgésiques paraît tout indiqué dans la colite ulcéro-membraneuse.

Dans les *maladies des yeux*, il a été utilisé en particulier par le Dr Jacqueau pour les affections cornéennes accompagnées ou non d'ulcères, d'abcès. Avec une ou deux instillations par jour de la solution à 1 p. 1000, les ulcérations cornéennes se cicatrisent rapidement. Il est très important de faire remarquer que Courmont a obtenu des succès remarquables en lavant au bleu de méthylène les yeux de ses malades atteints de variole. Il a pu ainsi éviter et juguler toutes les ophtalmies varioliques.

Dans les ophtalmies graves avec iritis, hypopion, Rollet préconise les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène à 2 pour 1000. Le bleu de méthylène se présente donc comme un excellent antiseptique dans les kératites et ophtalmies.

Dans la *blennorrhagie*, les injections paraissent amener surtout la disparition de la douleur ; on peut cependant obtenir des résultats plus rapides en associant l'usage interne du médicament à son usage externe.

Enfin, les résultats obtenus dans le traitement de l'épithélioma paraissent assez favorables. Leprince, en combinant les applications d'acide arsénieux avec des attouchements au bleu de méthylène, a eu un succès complet dans trois cas d'épithélioma de la paupière inférieure. La tumeur est badigeonnée deux fois par jour avec la solution d'acide arsénieux 1/120 et deux fois par jour également avec la solution du bleu de méthylène à 1/100.

Pour ce qui est du mode d'administration et des doses, il faut se rappeler qu'il est essentiel d'avoir un bleu de méthylène *chimiquement pur*, le tétraméthylthioninchloride, car les bleus du commerce renferment le plus souvent des sels de zinc et d'arsenic, qui sont toxiques, douloureux et irritants. Il ne faut pas confondre non plus le bleu de méthylène avec le bleu de méthyle ou le bleu d'aniline. Les solutions doivent être neutres, car les acides renforcent la couleur, et les alcalis la font totalement disparaître.

Pour l'usage interne, on emploie des pilules de 0 gr. 20, deux à cinq pilules par jour.

Pour l'usage externe, on emploie les solutions à 1 ou 2 pour 1000 dans l'eau distillée.

Pour les injections sous-cutanées, on emploie la solution à 5 pour 100 *stérilisée* et l'on peut injecter quatre à cinq centimètres cubes.

L'intoxication n'est guère à craindre, attendu que la dose toxique est de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 par kilogramme de lapin en injection intra-veineuse.

Pour les lavements, on emploie la solution chaude à 0 gr. 20 pour 1000.

Traitement de l'éclampsie.

Dans une leçon clinique, M. le Dr *Maygrier* a résumé les idées modernes sur l'éclampsie et son traitement :

Le premier symptôme de l'éclampsie étant souvent l'albuminurie, il importe de mettre au repos et de soumettre au régime lacté exclusif toute femme enceinte dont les urines sont albumineuses. Ce régime sera continué au moins huit jours : au bout de ce temps, la femme sera à l'abri de l'éclampsie (Tarnier).

Une fois l'éclampsie déclarée, il faut à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent, et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300 à 500 grammes sera pratiquée. Jadis, Depaul retirait jusqu'à 1.200 et 1.500 grammes de sang. Ces larges soustractions sanguines ne sont plus employées : elles diminuent par trop la résistance de la malade. M. Maygrier fait suivre la saignée d'une injection sous-cutanée équivalente du sérum présentant la formule suivante :

Chlorure de sodium...	8 grammes.
Eau distillée.........	1.000 —

On administrera un grand lavement suivi d'un lavement purgatif, on fera prendre 150 à 200 grammes de lait toutes les deux heures ; si la malade ne peut avaler, on la gavera, et, si les dents sont serrées, on introduit la sonde par la voie nasale.

L'excitabilité des centres nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte d'ajouter, comme l'a dit M. Budin, une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique : on se contentera de verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 grammes recommandées jadis sont trop élevées. A prescrire des lavements :

Hydrate de chloral.....	4 grammes.
Jaune d'œuf............	n° 1
Lait.....................	200 grammes.

Les Allemands recommandent la morphine : on pourra y recourir avec précaution. Quant aux bains chauds conseillés par Bar, ils excitent avantageusement la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Pendant les attaques, on retiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse au-devant des arcades dentaires. Ce sont là de petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Faut-il débarrasser l'utérus ?

Il n'y a pas lieu de *provoquer* l'accouchement ; car l'éclampsie peut persister après l'accouchement, et d'autre part la grossesse peut continuer après l'eclampsie. Quelques auteurs, Halberstma en particulier, qui admet que l'éclampsie tient souvent à une compression des uretères, sont allés jusqu'à proposer et pratiquer l'opération césarienne. Cette opinion est peu soutenable. Pour se decider à intervenir, il faudrait voir survenir des accidents graves : anurie ou élévation thermique par exemple ; en dehors de ces conditions, il ne faut pas interrompre la grossesse et se contenter d'attendre.

Par contre, dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, élargissons-la par l'entrée des deux indicateurs dans le col, suivant le procédé de Bonnaire. Aussitôt qu'il sera possible de pénétrer dans l'utérus, délivrons la mère par le forceps, la version ou l'extraction suivant le cas. Ici, il ne convient plus de tergiverser ; autant l'on doit avoir de répugnance à intervenir pendant la grossesse, autant il faut apporter de décision et de promptitude à accélérer le travail quand il est commencé, et à terminer rapidement l'accouchement.

Le cacodylate de strychnine contre la tuberculose.

M. le Dr *Eysséric* expose dans sa thèse les résultats qu'il a obtenus chez les tuberculeux par l'emploi du cacodylate de strychnine. Ce sel paraît agir surtout par la strychnine plus que par l'arsenic, qui est en assez faible proportion aux doses où on l'emploie, et il semble qu'il agisse principalement en stimulant l'appétit. Tous les malades soignés ainsi ont éprouvé cet effet, et tous ont très rapidement augmenté de poids.

En revanche aussi, et comme contre-épreuve, ils perdaient de leur poids très vite, dès qu'on cessait le médicament.

Voici quel en est le mode d'emploi :

Commencer par une dose de 2 milligrammes. Porter rapidement (1 et même 2 milligrammes de plus chaque jour) cette quantité à 20 milligrammes (10 chez la femme). Faire varier les doses définitives entre 20 et 30 milligrammes (10 à 20 chez la femme), selon que les effets sont ou non obtenus. Un jour de repos par semaine. La médication pourra durer sans inconvénient pendant plusieurs mois.

Quant au mode d'administration, il a paru préférable d'employer la voie sous-cutanée. Toutefois, M. le professeur Galtier ne voit aucun désavantage à administrer le médicament par la bouche, la strychnine n'ayant pas d'effet défavorable sur la muqueuse gastrique.

Si l'on adopte l'injection hypodermique, employer une solution ainsi composée :

Eau distillée...........	90 grammes.
Glycérine...............	10 —
Cacodylate de strychnine	1 —

Faire dissoudre le sel dans la glycérine au bain-marie ; puis ajouter l'eau.

Chaque seringue de Pravaz contient 1 centigramme de cacodylate de strychnine ; chacune de ses divisions correspondant à un demi-milligramme.

La dose maxima a été de 36 milligrammes, sans qu'on ait vu le moindre phénomène toxique ; mais les doses qui ont paru les plus favorables ont été de 20 à 30 milligrammes chez l'homme, de 10 à 20 chez la femme.

Toujours ces doses ont été bien supportées en procédant progressivement.

La prostatopexie sub-périnéale comme traitement de l'hypertrophie prostatique.

Bien que de nombreuses méthodes aient été proposées pour remédier aux inconvénients de l'hypertrophie prostatique, électrolyse, prostatotomie, opération de Bottini et de Desnos, le dernier mot n'est pas dit sur le traitement de cette infirmité de l'âge sénile ; M. le Dr H. *Delagénière*, du Mans, vient d'imaginer une très intéressante opération pour pallier tous les inconvénients de l'hypertrophie de la prostate, c'est la luxation de la prostate, hors de sa loge, où elle se trouve emprisonnée et comme étranglée, et à la maintenir au devant du rectum dans des tissus cruentés.

Dans cette nouvelle situation, la prostate se trouve liberée ; les noyaux situés dans son épaisseur qui, en se développant, ont fait dévier le trajet de l'urètre, cessent toute compression de ce conduit qui redevient perméable ; enfin, la circulation de l'organe luxé se régularise et prépare son atrophie, qui s'effectuera d'autant plus vite que la prostate se trouvera désormais dans des tissus cruentés qui constitueront les meilleurs conditions physiologiques pour sa rapide résorption.

Il s'agit donc d'un *déplacement de l'organe* de sa situation anatomique normale, *sans aucune mutilation*.

C'est une opération conservatrice, facile à exécuter, sans danger pour le patient, provoquant la diminution rapide du volume de la prostate et permettant un cathétérisme très aisé.

Voici la technique de l'opération :

Position du malade. — La position de la taille périnéale, en prenant soin de renverser fortement les cuisses sur l'abdomen, nous paraît suffisante. Jamais nous n'avons dû la compliquer par le renversement complet du malade. Ce renversement néanmoins facilite l'accès de la prostate.

Incision. — L'incision prérectale transversale nous paraît insuffisante.

Nous lui préférons l'incision médiane de 3 à 4 centimètres, s'arrêtant à 1 centimètre de l'anus, puis contournant à gauche le quart de la circonférence de l'anus, ou même la moitié. Cette incision permet de reconnaître le sphincter externe de l'anus, le rectum, et le releveur gauche du rectum.

Recherche de la prostate. — Nous introduisons un béniqué n° 36 ou 40 dans l'urètre, comme conducteur. Le béniqué s'arrête à l'obstacle, c'est-à-dire à la prostate. Le bec du béniqué constitue donc un repère utile ; nous recherchons avec soin, comme autres repères, le rectum et le releveur gauche du rectum.

La paroi antérieure du rectum nous conduit facilement jusqu'à la prostate que nous sentons bridée dans sa loge. En décollant la face inférieure du rectum avec le doigt, les mouvements sont gênés ; l'accès de la loge prostatique dans toute son étendue est difficile, en raison de la présence des deux releveurs de l'anus.

Nous cherchons alors le bord du releveur gauche, et nous l'échancrons d'un coup de ciseaux.

La face inférieure de la prostate est dès lors exposée sans difficulté, et on peut agir sur la loge prostatique.

Ouverture de la loge. — Nous cherchons à inciser l'aponévrose moyenne de Dénonvillers sur la ligne médiane et dans le sens antéro-postérieur, puis transversalement. Le mieux serait peut-être de l'inciser sans méthode sur les points saillants de la prostate. Peu importe le lieu de l'incision : l'essentiel est d'ouvrir la loge et d'arriver au contact de la glande.

Enucléation de la prostate. — Lorsque la glande est découverte en un point, on introduit le doigt entre la loge et l'organe, de façon à le libérer sur toutes ses faces. Il s'écoule peu de sang et, dans les cas d'hypertrophie moyenne, l'énucléation est facile et rapide. Si la prostate est très grosse et irrégulière, ce temps de l'opération devient difficile et doit s'exécuter avec le plus grand soin. Lorsque la prostate est bien décollée de sa loge, on la luxe en dehors, en bas, vers l'anus. Elle présente peu de tendance à se replacer, de sorte que nous n'avons jamais considéré comme nécessaire de la maintenir au moyen de sutures. Nous nous contentons de l'abandonner à elle-même.

Suture de la plaie. — L'opération se trouve terminée. Nous plaçons un petit drain entre la prostate et le rectum ; puis nous suturons la peau du périnée.

Soins consécutifs. — Ils sont absolument subordonnés à l'état de la vessie du malade. S'il existe de la cystite et de l'infection urinaire, nous plaçons une sonde à demeure. Si nous avions affaire à une vessie non infectée, nous ferions pratiquer 1 ou 3 cathétérismes par jour et laisserions le malade uriner seul.

La petite plaie périnéale était guérie, chez notre malade, au bout de 8 jours.

Accidents opératoires. — Ils seront de peu d'importance. Si on s'en aperçoit au cours de l'opération, il sera toujours facile d'y porter remède. Nous signalerons donc les plaies du rectum, l'ouverture de l'urètre, la déchirure de la vessie, etc. Il nous est arrivé, dans notre dernière prostatopexie sub-périnéale, de faire une ouverture de 1 centimètre au canal de l'urètre près du bec de la prostate ; deux points de suture ont suffi pour réparer l'accident.

Les hémorragies ne sont pas à redouter ; les veines hémorroïdales donnent seules un peu de sang. Chez le malade de notre observation ci-dessus, il n'a pas été fait une seule ligature.

Indications de l'opération. — Si nos espérances se réalisent, la prostatopexie périnéale constituera la méthode de choix pour tous les cas d'hypertrophie prostatique peu accentuée. Ce sera le meilleur moyen d'enrayer l'affection dans sa marche.

Dans les cas d'énormes prostates, elle devra céder le pas à la prostatectomie totale, à moins que l'état du malade ne soit pas trop précaire, car alors elle reprendra tous ses droits. Il ne faut pas oublier qu'elle est *conservatrice*, *réglée*, *simple* et *facile*.

MÉDECINE PRATIQUE

La tuberculose et l'atmosphère maritime.

Il circule dans le monde médical une idée très vivace sur l'incontestable efficacité de la cure maritime contre la tuberculose, et particulièrement contre la tuberculose osseuse et articulaire. Naturellement, cette idée s'est répandue rapidement dans le public et, maintenant, elle s'y est solidement établie. Or, nous connaissons de nombreux exemples qui semblent démontrer que cette idée est erronée, du moins en ce qui concerne les adultes et, en général, dans toutes les manifestations indiscutables de la tuberculose, même chez les enfants.

Le climat marin a une action incontestable sur le rachitisme, sur les adénites cervicales, sur les gommes et les scrofulides cutanées, sur la débilité et l'anémie infantiles ; mais, il ne paraît avoir aucune efficacité sur les phénomènes bacillaires bien déterminés.

C'est ce que nous nous proposons d'établir aujourd'hui.

I

Depuis que le très regretté Dr Cazin a publié les résultats de ses patientes recherches et de ses minutieuses observations concernant l'influence de l'atmosphère marine sur la croissance infantile, sur l'ossification et sur les manifestations du lymphatisme, de nombreux auteurs ont essayé de généraliser l'idée et ont affirmé l'efficacité de l'air marin sur les affections tuberculeuses des enfants et même des adultes. Comme, malheureusement, les ressources actuelles de la thérapeutique contre les manifes-

tations bacillaires osseuses, articulaires, ganglionnaires et viscérales sont très limitées, l'entraînement a été aussi rapide qu'irréfléchi, et tout le monde, clients et médecins, s'est dirigé avec enthousiasme sur les plages pour y chercher la cure problématique, hélas ! de cette épouvantable tuberculose.

Mais d'abord, établissons bien ce que l'on doit entendre par air marin et climat maritime. L'air marin est l'air chargé de minuscules gouttelettes d'eau de mer (chlorures et bromures alcalins, iode, magnésie, etc.) que l'on respire en pleine mer, le long des côtes et sur les plages, jusqu'à une distance de 200 à 250 mètres environ, dans les terres, à condition qu'aucune construction (mur ou maison) ne s'élève entre la mer et le sujet.

L'air des ports de mer et des villes de plaisance situées au bord de la mer n'est donc pas l'air marin proprement dit, du moment qu'il n'est pas directement en contact avec la mer et qu'un simple mur s'élève entre le rivage et le reste de la ville ; donc, on ne respire l'air marin que sur le rivage même et sans interposition d'abri d'aucune sorte : premier point indispensable à établir pour juger la question de l'efficacité de cet air marin.

L'air marin est chargé d'humidité marine et en même temps de fines molécules de sable très irritantes pour les muqueuses des paupières, des yeux, de la gorge et des bronches. Ce sable salé est très malsain pour les conjonctives fragiles, pour les paupières enflammées, pour les bronches et les larynx délicats.

Toutes les personnes atteintes de blépharites, de conjonctivites granuleuses, de laryngites, de bronchites, sont donc très péniblement impressionnées et, souvent, voient leur état s'aggraver subitement au bord de la mer. Il faut, de plus, faire entrer en ligne de compte les changements de température très brusques et très fréquents, l'humidité permanente de l'atmosphère, l'intensité du vent, etc., qui provoquent les inflammations et les catarrhes — des muqueuses. Voilà de graves inconvénients que tout le monde est unanime à reconnaître et que l'on accepte allègrement, en passant dessus. Eh bien ! ce ne sont pas les seuls ; le climat marin est un énervant et un congestionnant ; il a le grave, très grave inconvénient de donner un coup de fouet aux inflammations bacillaires viscérales, articulaires et osseuses.

Nombreux sont les malades, qui, envoyés au bord de la mer pour y guérir soi-disant leur tuberculose ganglionnaire, leur arthrite fongueuse, leur ostéo-périostite bacillaire, leur gomme suppurée, ont vu en quelques semaines leur état empirer et, souvent, une affection relativement bénigne est devenue rapidement grave par suite du séjour à la mer. Les uns sont influencés par l'humidité de l'atmosphère, les autres par les grands vents chargés de sable, d'autres par l'eczéma, par l'urticaire, par les érythèmes ; d'autres enfin, par l'insomnie que provoque l'air salin. D'ailleurs, il est absolument indispensable de bien vérifier l'état des bronches et du parenchyme pulmonaire chez les personnes que l'on veut envoyer à la mer, si l'on ne veut pas avoir à déplorer des catastrophes inattendues : c'est pour avoir omis de faire cet examen préalable que des évènements lamentables se sont produits dans les stations maritimes. De pauvres malades atteints d'affections locales bacillaires aux genoux, aux cous-de-pieds, aux coudes ou à la colonne vertébrale, ont été subitement pris au bord de la mer d'hémoptysies, de congestions pulmonaires aiguës, de bronchite et de broncho-pneumonie d'un sommet ou des deux sommets à la fois, et ont succombé en quelques semaines. D'autres contractent une entérite suraiguë par suite du régime alimentaire défectueux et de la mauvaise eau potable, que l'on est forcé de subir au bord de la mer. D'autres encore contractent une albuminurie plus ou moins abondante, prélude d'une dégénérescence amyloïde, à la suite d'une série de refroidissements, sous le climat variable des plages.

Et d'ailleurs, on pourrait nous objecter que ces graves inconvénients de l'atmosphère marine ne se rencontrent que sur les plages de la Manche et de la mer du Nord, mais qu'en allant sur les bords de l'Océan et de la Méditerranée, il n'y a pas de si brusques changements de température, ni de si furieuses tempêtes de sable. C'est là une erreur ; certes, le froid et l'humidité sont moins à craindre, mais le climat est toujours énervant et congestionnant, quoique dans des proportions moindres.

Ce qui fait le succès du climat marin, c'est généralement l'augmentation considérable de l'appétit et par suite, l'embonpoint rapide que prend le malade ; c'est le teint florissant de la mine du sujet. Apparences trompeuses !

Le malade engraisse, mais il ne prend pas de forces ; c'est de la bouffissure et non du sang ; on ne tarde pas à s'en apercevoir chez les femmes, par exemple, au moment des menstrues ; le sang est pâle et aqueux. Il suffira du plus léger accident, rhume, embarras gastro-intestinal, pour amener une fonte rapide de ce matelas adipeux.

Le repos, la suralimentation et l'excitation de l'appétit par l'air marin amène l'adipose, mais non la destruction du bacille infectieux ; au contraire, cette réserve accumulée va donner à ce bacille un surcroît de nourriture qu'il utilisera pour renouveler et décupler ses attaques sur tous les points de moindre résistance de l'organisme.

Loin de faciliter la sclérose des tissus infectés (ce qui est actuellement le seul mode de guérison des tubercules que l'on connaisse), la cure maritime précipitera les fontes caséeuses et accroîtra la virulence des bacilles. Que les médecins et chirurgiens des plages actuelles essaient de me contredire : qu'ils étalent bien au grand jour les observations des tumeurs blanches qu'ils ont été contraints de traiter par l'amputation, dans la crainte que la fièvre hectique n'emportât leurs malades ; et qu'ils disent franchement combien de granulies, de méningites tuberculeuses ou de broncho-pneumonies bacillaires, ils ont perdu parmi leurs clients en traitement pour telle ou telle localisation ostéo-articulaire de la bacillose.

II.

Après ce sombre tableau des méfaits de l'atmosphère maritime dans les cas de tuberculose de l'adulte et de l'adolescent, nous considérons comme un devoir de redire tout au long avec Cazin et Perrochaud, les innombrables bienfaits du séjour au bord de la mer pour les enfants ra-

chitiques, débiles ou scrofuleux. Si la mer est, le plus souvent, néfaste aux tuberculeux, elle est incomparablement efficace pour ces enfants en pleine croissance et en plein développement, qui ont « du mal à pousser ». La mer, c'est le coup de fouet régénérateur et vivifiant qui leur infuse ce qui leur manque.

Nous n'insisterons pas sur les effets de la cure maritime de 6 mois à deux ans sur les rachitiques : cela nous détournerait de notre sujet. Mais, chez les débiles et les scrofuleux, que de merveilles la mer n'accomplit-elle pas ? Il y a quinze ans, Hardy répétait avec insistance dans ses cliniques : « Le chlorure de sodium est le spécifique de la scrofule comme l'iodure de potassium et le mercure sont les spécifiques de la syphilis ». Or la meilleure manière d'administrer le chlorure de sodium, c'est d'y faire baigner le sujet : les bains de mer constituent avec l'atmosphère maritime la méthode thérapeutique la plus efficace à opposer à la scrofule, et les résultats justifient pleinement cette assertion. Les guérisons sont innombrables et solides ; personne ne songerait à en contester la vérité.

Mais, il est important, comme toujours, de ne pas se laisser entraîner par un enthousiasme irréfléchi : la scrofule n'est pas la tuberculose, quoiqu'on ait actuellement une tendance à le prêcher. Jusqu'ici, on a émis de nombreuses hypothèses sur l'identité des deux maladies, mais la preuve irréfutable reste encore à faire. La scrofule est certainement une prédisposition à la tuberculose, mais, les résultats de la thérapeutique montrent bien, par leur variabilité, qu'il ne s'agit pas du même mal. La scrofule est le degré maximum du lymphatisme : c'est une sorte de pléthore de globules blancs, phagocytes surmenés, imprégnés de germes divers, dont ils ne peuvent plus se débarrasser. C'est, en somme, une maladie de l'enfance et de la première adolescence. Chez l'adulte, ce n'est plus la même chose : le bacille de Koch domine et les tissus d'apparence scrofuleuse sont nettement tuberculeux. Aussi, le traitement marin est actif dans le premier cas, et il échoue dans le second. La mer agit admirablement sur les adénopathies et les gommes scrofuleuses ; elle n'a aucune action fondante sur les productions tuberculeuses.

Les malades qui retirent le plus de bénéfices du séjour au bord de la mer, sont les enfants atteints de glandes cervicales, de gommes cutanées, d'ostéo-périostites dites de croissance, de suppurations otiques et d'adénoïdites subaiguës ou chroniques. En 3, 6 ou 10 mois, on obtient de merveilleux résultats surtout, si l'on associe l'administration de l'huile de foie de morue au traitement par les bains de mer et par la cure d'air maritime. Au contraire, les adultes risquent de voir leur mal s'aggraver ou se compliquer d'affections intercurrentes.

Il faut s'en tenir à l'application de la cure marine aux enfants, si l'on ne veut pas voir bientôt complètement discrédité ce mode de traitement. Pour avoir voulu généraliser la méthode du séjour au bord de la mer, aux adultes tuberculeux, on a provoqué de nombreux malheurs et peu à peu, on finira par accumuler échecs sur échecs et l'opinion se détournera à tort de cette grande guérisseuse, qui a déjà ressuscité des centaines de malheureux petits étiolés et a permis d'en faire des hommes. Plaçons nos malades atteints de tumeurs blanches ou d'ostéo-arthrites vertébrales tuberculeuses dans de bonnes chambres aérées, éclairées et ensoleillées. N'hésitons pas à réséquer de bonne heure, dès que le diagnostic est posé et favorisons la nutrition, l'assimilation et la suralimentation par une bonne hygiène respiratoire et une gymnastique musculaire convenablement réglée.

Ce n'est pas encore la cure marine qui nous délivrera de cet abominable fléau qui s'appelle la bacillose : elle peut l'empêcher de se déclarer, mais elle est impuissante à l'empêcher d'évoluer.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

De l'épisclérite et de la sclérite.

S. Baudry, Professeur.

Leçon recueillie par M. Fiatte, *externe du service, et revue par le Professeur.*

Messieurs,

Nous venons d'examiner ensemble, à la consultation, trois malades adultes, qui présentent les deux principales formes cliniques de l'inflammation spontanée de la sclérotique.

Cette affection, qui a pour siège presque exclusif le segment antérieur de la sclérotique, reconnaît le plus souvent, une origine rhumatismale ; le froid humide favorise l'attaque de sclérite, laquelle peut coïncider ou alterner avec une crise de rhumatisme. Elle est, d'ailleurs, d'observation commune sous notre climat si humide, et la plupart des sujets tombent malades ou ont des récidives dans le courant de l'hiver, pour ne guérir qu'à l'approche des beaux jours.

D'autre part, la diathèse urique semble exercer une influence incontestable sur la production de cette maladie, que l'on observe moins dans la classe pauvre et à la campagne, qu'à la ville et chez les riches. Enfin, nous signalerons la syphilis comme une cause probable, bien que plus incertaine.

Cette maladie est éminemment chronique, en ce sens qu'elle résiste longtemps aux diverses médications et qu'elle récidive avec la plus grande facilité. Aussi, son traitement constitue-t-il une des taches les plus ingrates de notre profession. Pour ces diverses considérations, il me paraît utile de consacrer cette leçon à l'étude clinique de l'épisclérite et de la sclérite. Il n'y a pas, du reste, de séparation marquée entre les deux formes (superficielle et profonde) de l'inflammation, comme l'admettent certains auteurs et souvent on les voit passer de l'une à l'autre.

I

Le premier de nos malades, Charles T..., âgé de 38 ans, cultivateur, de constitution robuste, a été atteint d'arthrite rhumatismale du coude et du poignet droits à l'âge de 22 ans ; l'année dernière, à pareille époque, il a souffert de névralgie du sciatique gauche. Enfin, il y a dix jours environ, il vit apparaître une tache rouge, assez large, dans la partie externe du blanc de l'œil gauche.

A quelques millimètres du bord externe de la cornée, au niveau de l'insertion du muscle droit

externe, vous constatez une bosselure étalée, du volume d'un pois, plus rouge à sa base qu'à son sommet, parsemée de fins capillaires sous-conjonctivaux, de teinte violacée à cause de leur situation profonde. Ce bouton offre une certaine consistance, est sensible au toucher et adhère à la sclérotique, tandis que la muqueuse oculaire, injectée en cet endroit, se mobilise facilement au-dessus de lui. Le reste du globe ne présente, pour le moment, aucune trace d'inflammation, et il n'existe ni larmoiement, ni hypersécrétion catarrhale. La cornée n'est nullement infiltrée. Enfin, le malade se plaint seulement d'un peu de gêne et de la sensation de corps étranger. La vision n'est pas troublée.

Il en est ainsi dans la majorité des cas d'épisclérite, et la maladie reste indolente pendant toute sa durée. Parfois, au contraire, vous constaterez des douleurs violentes, de véritables névralgies qui troublent le sommeil. Il existe en outre du chémosis, de la photophobie, du larmoiement. Vous êtes, alors, en présence d'une inflammation diffuse qui occupe les couches les plus superficielles de la sclérotique, gagne les expansions de la capsule de Ténon et constitue une véritable arthrite rhumatismale du globe oculaire (*Scléro-ténonite*).

Quant au bouton épiscléral, jamais il ne s'ulcère, ni ne se ramollit ; au bout d un temps plus ou moins long, vous le verrez pâlir, s'affaisser lentement, se résorber, disparaître en totalité en même temps que la vascularisation du voisinage, et il ne restera qu'une légère dépression de teinte ardoisée, au niveau de laquelle la conjonctive paraîtra adhérer légèrement à la sclérotique.

Mais, il est rare que la nodosité épisclérale reste isolée ; d'ordinaire, après de courtes interruptions du processus inflammatoire, de nouvelles élevures se succèdent au pourtour de la cornée, accompagnées des mêmes symptômes phlegmasiques qui tourmentent le patient et embarrassent le médecin. Il n'est pas rare d'observer de ces poussées d'épisclérite passagère qui récidivent pour ainsi dire périodiquement pendant plusieurs années, provoquées par des troubles de menstruation, par de légères blessures, etc. Stephenson (*Medic. Press. and Circular, 1896*) et Stoltzing (*Munich. med. Woch, 1900*) rapportent le cas d'une jeune fille qui n'eût pas moins de 7 rechutes en un an, et celle d'une malade âgée de 64 ans qui subit pendant 5 ans plus de 100 attaques de la même affection.

Le deuxième malade, Emile C..., âgé de 32 ans, ouvrier couvreur, est, depuis longtemps, porteur de la même affection. Nous l'avons interrogé longuement sur ses antécédents et nous ne le trouvons entaché ni de rhumatisme, ni de goutte, ni de syphilis héréditaire ou acquise, ni de scrofulo-tuberculose. Ici, la cause de la maladie reste obscure et l'on ne peut qu'incriminer l'influence de son habitation, qui est froide et humide, peut être aussi celle de sa profession qui l'expose à l'action prolongée des courants d'air.

Il y a trois ans, sans cause déterminante appréciable, l'œil droit devint rouge et douloureux ; C... s'adressa à un de nos collègues de la ville, qui lui donna des soins pendant 4 mois consécutifs. L'affection n'a laissé aucune trace.

Cette fois, c'est l'œil gauche qui s'est enflammé spontanément, au début de l'avant-dernière semaine.

Le malade ne souffre pour ainsi dire pas ; mais il redoute de voir son mal s'éterniser comme la première fois, et il espère que le traitement qu'il nous demande sera plus efficace que celui de notre confrère, ce que nous ne pouvons lui assurer.

Vous vous trouvez, cliniquement, en présence des mêmes symptômes que chez le précédent malade, avec cette différence que la nodosité sclérale occupe la zone supérieure de la sclérotique, immédiatement contiguë à la cornée, et que celle-ci s'opacifie légèrement sous la forme d'un arc sénile partiel. Après quelques semaines de durée, le bouton disparaîtra sans doute, mais d'autres pourront se montrer en différents points de la périphérie de la cornée et même sur l'autre œil antérieurement atteint. Toute la circonférence de la cornée peut ainsi être envahie par une sclérose de teinte gris-jaunâtre, gagnant peu à peu les régions centrales de la membrane, avec ou sans participation de l'iris à l'inflammation.

La troisième patiente, Clotilde V..., femme de chambre, âgée de 28 ans, a été réglée pour la première fois à 19 ans. Depuis, la menstruation a été des plus irrégulières. A plusieurs reprises les règles ont été supprimées pendant plusieurs mois ; troubles gastro-intestinaux fréquents. A noter, toutefois, que cette jeune personne, quoique de constitution délicate, n'a jamais eu de graves maladies, ni dans son enfance, ni dans son adolescence. Aucun soupçon de syphilis héréditaire ou acquise. Son père, sa mère, deux frères moins âgés, sont vivants et en bonne santé. Ses deux yeux ont été enflammés pour la première fois vers l'âge de 15 ans. et divers traitements ont été suivis ; mais, Clotilde V..., n'ayant pas conservé d'ordonnance et ne se souvenant ni du nom de la maladie ni des médicaments employés, nous ne pouvons que supposer l'évolution d'une kératito-conjonctivite ou d'abcès cornéens superficiels. L'œil droit, qui a été le moins malade, ne présente, en effet, qu'un léger leucome central ; aucune trace d'iritis ancienne ni d'inflammation des autres parties du globe. La vision n'est pas améliorée par des verres correcteurs et est diminuée de moitié.

A partir de l'âge de 23 ans, elle a, pour ainsi dire, constamment souffert de son œil gauche. Des poussées inflammatoires plus ou moins violentes et douloureuses se sont succédées presque sans interruptions, séparées par de rares et courtes périodes d'accalmie du processus.

Aujourd'hui, nous constatons les traces indélébiles d'une inflammation profonde et répétée qui a modifié sensiblement, non seulement la texture de la sclérotique, mais celle de la cornée et du tractus uvéal, de sorte qu'il nous serait difficile d'établir si l'affection a pris son origine au niveau de l'iris et de la choroïde ou si l'inflammation de la sclérotique a été primitive.

Quoi qu'il en soit, nous trouvons la cornée grisâtre, irrégulière, infiltrée profondément, insensible, comme vous l'avez constaté, au contact d'un tortillon de papier. Çà et là apparaissent des érosions superficielles, sans tendance à l'ulcération profonde. Seule, la région interne conserve un peu de transparence. Toute sa péri-

phérie est recouverte par la conjonctive attirée dans l'étendue de 2 à 3 millimètres.

La sclérotique affaiblie, amincie, s'est distendue et élargie au pourtour de la cornée et a pris une apparence translucide.

La pupille irrégulière et rétrécie adhère en plusieurs points à la cristalloïde antérieure. Le tonus de l'œil n'est pas encore très modifié.

De ce côté, la malade compte difficilement les doigts à 1 m 50.

Vous voyez que si, au point de vue des fonctions visuelles, le pronostic de l'épisclérite rhumatismale à marche aiguë ou subaiguë est relativement favorable, puisque l'inflammation reste localisée à la sclérotique, il n'en est plus de même de la sclérite ; de l'hypertonie, des accidents glaucomateux, des opacités du corps vitré et plus tard une cataracte choroïdienne peuvent être la conséquence de l'occlusion de la pupille, de l'ectasie de la sclérotique et de la sclérose progressive de la cornée.

D'autre part, si l'on songe que les deux yeux sont souvent envahis par l'épisclérite, que les récidives sont fréquentes, que le traitement est peu efficace, on doit envisager cette affection comme fâcheuse.

II

Une certaine similitude d'aspect peut, à larigeur, faire confondre le bouton épiscléral avec une volumineuse pustule conjonctivale, mais celle-ci est une lésion de l'enfance et de la jeunesse ; elle n'est pas cerclée d'un liseré rouge, et, de plus, elle ne tarde pas à s'ulcérer et à disparaître. Son siège n'est, d'ailleurs, pas le même ; elle est habituellement à cheval sur le limbe et s'accompagne de larmoiement et de sécrétion catarrhale.

Les papules syphilitiques de la conjonctive prêtent également à confusion. Celles-ci sont le plus souvent multiples, coïncident avec d'autres manifestations cutanées spécifiques et se déplacent avec la muqueuse oculaire, quand on cherche à la mobiliser avec le doigt.

On reconnaîtra, plus facilement encore, la pinguecula sur un œil enflammé, grâce à la symétrie de son siège aux extrémités du diamètre horizontal de la cornée, et à sa coloration d'un blanc jaunâtre.

La syphilis produit parfois, au niveau de la sclérotique, des nodosités isolées (*sclérite gommeuse*), mais elles ne présentent pas l'aspect typique ni le caractère récidivant du bouton épiscléral.

III

Nos efforts thérapeutiques doivent surtout être dirigés contre la diathèse que l'on soupçonne être l'origine de l'inflammation de la sclérotique ; la médication interne est aussi la seule qui nous permettra d'espérer de prévenir les récidives.

Chez un rhumatisant tel que notre premier malade, vous vous trouverez bien de l'usage des alcalins, de l'iodure de potassium, du salicylate de soude, en même temps que vous pousserez à la salivation et à la sudation abondantes, par l'emploi des injections sous-cutanées de pilocarpine ou d'une infusion de feuilles de Jaborandi.

Dès la première visite, vous prescrirez le salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour, et si le malade souffre beaucoup, vous lui recommanderez de prendre, au moment des crises douloureuses, un cachet d'antipyrine et de recourir à l'emploi de compresses ou de pulvérisations chaudes.

Mais, certains malades supportent mal le salicylate de soude qui provoque des troubles cérébraux et stomacaux, des bourdonnements d'oreilles ; dans ces cas, vous préférerez le salicylate ou le benzoate de lithine. Tout récemment, M. Darier a vanté une nouvelle combinaison salicylée, l'Aspirine, qui posséderait toutes les qualités du salicylate de soude sans en avoir les défauts. N'ayant pas encore expérimenté ce produit, que l'on emploie à la dose moyenne de 3 grammes par jour, je ne puis vous renseigner sur son efficacité.

Lorsqu'il a existé, chez le patient, des manifestations de rhumatisme chronique ou goutteux, on obtiendra de meilleurs résultats en recommandant les granules de colchicine de 1 milligramme. Le malade prendra 1, puis 2, puis 3,4 granules par jour, à intervalles égaux, jusqu'à ce qu'il ressente les crampes d'estomac et les coliques violentes qui annoncent le début de l'effet thérapeutique. Après un jour de repos, on reprendra l'usage de la colchicine à la dose initiale de 1 milligramme, que l'on augmentera progressivement, sans jamais aller jusqu'à l'action toxique.

Un traitement spécifique sera institué, toutes les fois qu'il y aura lieu de soupçonner la syphilis dans les antécédents du malade.

Vous surveillerez avec soin les troubles de l'appareil de la circulation chez les hémorroïdaires et les femmes dysménorrhéïques ; toutes les fonctions et, en particulier, les fonctions digestives, seront régularisées avec soin.

Enfin, quelle que soit la cause de la maladie, il est indispensable de faire suivre toutes les précautions hygiéniques (changement de profession, s'il y a lieu, séjour dans un endroit sec, frictions cutanées, régime alimentaire).

Le traitement local que vous devrez toujours joindre à la médication générale est malheureusement peu efficace dans la plupart des cas. Il est cependant possible de faciliter la résorption de l'inflammation et de calmer les souffrances.

Avant tout, il faut proscrire, comme des plus nuisibles, toute thérapeutique locale irritante (cautérisations, insufflation de calomel, collyre au nitrate d'argent ou au sulfate de zinc, etc.).

Si l'affection est très douloureuse vous aurez recours à l'application de cinq ou six sangsues à la tempe et, ainsi que je l'ai dit précédemment, à l'emploi de compresses et de pulvérisations chaudes.

On amènera souvent une sédation des douleurs, en répétant, cinq à six fois par jour, les instillations du collyre à la dionine, auquel on ajoutera du chlorhydrate de cocaïne, du sulfate neutre d'atropine, quand l'iris est ou menace d'être enflammé.

Dionine................	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 12
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Eau stérilisée..........	10 grammes.

S'il n'existe qu'une sensation de gêne et de

corps étranger, le collyre ordinaire au chlorhydrate de cocaïne suffit. Chaque instillation amène en même temps une anémie marquée, que l'on obtiendrait encore plus rapidement avec l'emploi du collyre au chlorhydrate d'adrénaline.

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000, XX gouttes
Eau stérilisée..................... 10 grammes

Mais, vous avez pu constater que si nous obtenons plus rapidement l'ischémie de la conjonctive avec l'adrénaline qu'avec la cocaïne, par contre cette ischémie persiste beaucoup moins longtemps.

Pour activer la résorption de l'infiltration sous-conjonctivale, on se trouvera bien d'un massage rotatoire, prolongé, doucement exécuté, du globe oculaire au niveau de la partie atteinte, avec l'une des pommades suivantes :

I.	Précipité jaune (obtenu par précipitation)	0 gr. 06
	Vaseline	6 gr.
II.	Acide salycilique	0 gr. 10
	Vaseline	10 gr.

Quelques fines pointes de feu seront faites avec le galvano-cautère légèrement rougi, près du bord sclérotical, dans les cas très anciens et rebelles à la médication précédente.

L'électrolyse négative (2 à 3 milliampères) pendant une minute a donné aussi quelques succès.

On a encore tenté, de diverses manières, de s'attaquer directement à la nodosité épisclérale, afin d'abréger la marche si désespérément traînante de la maladie.

Dans ce but, on a recommandé les scarifications répétées, le curettage, les injections de sublimé, *loco dolenti*, avec une seringue stérilisée. Ces moyens ont donné parfois de bons résultats, mais ils sont le plus souvent repoussés par les patients.

Enfin, les complications graves et multiples que nous avons précédemment enumérées dans la forme profonde de l'inflammation de la sclérotique, sont malheureusement au-dessus de toute thérapeutique dans la plupart des cas. Il sera cependant parfois utile de pratiquer une iridectomie, soit dans un but optique, soit pour prévenir les accidents glaucomateux. On attendra, pour pratiquer cette opération, que tout symptôme inflammatoire ait complètement disparu.

PROPHYLAXIE

La désinfection obligatoire

(*Suite.* Voir les numéros 38 et 39).

Le bon sens aide toujours puissamment à la science et souvent la prévient dans ses applications.

Nos ancêtres, qui ne manquaient pas de cette heureuse faculté, le prouvaient en demandant aux gaz de « dissiper le mauvais air des maladies ». C'est qu'en effet les gaz pénètrent partout et mieux, à cause de leur diffusibilité, que les liquides : ils ont de plus l'avantage de stériliser, y demeurant en suspension, l'air ambiant des locaux.

La liste est longue des gaz antiseptiques. Le plus grand nombre est inutilisable dans la pratique de la désinfection, en raison, soit de leur toxicité, soit de leur action sur les métaux et les couleurs qu'ils détériorent, soit encore de l'insuffisance de leur pouvoir bactéricide. Tels sont le sublimé, l'iode, l'acide cyanhydrique, le brome, l'acide thymique, l'anhydride sulfureux, le chlore, pour n'en citer que quelques-uns.

L'emploi de l'anhydride sulfureux était déjà généralisé au dix-septième siècle.

Dans un petit livre bien curieux emprunté à la bibliothèque de la ville de Nantes par M. le docteur A. Treille, et qui est intitulé : « *Le Trespas de la peste*, par Gabriel Clément, natif de Nantes en Bretagne, conseiller et médecin ordinaire du roi », voici ce qu'on lit :

« Qu'après avoir dessairé ou chassé le mau-
« vais air des maisons infectées, les (sic) meu-
« bles et tout ce qui est dedans, que le tout soit
« encore parfumé — oh ! parfum ! ! — avec va-
« peur de souphre, parce que c'est un très grand
« antipeste. »

On sait que pour produire cet aldéhyde sulfureux il suffit de faire brûler du soufre. Ce procédé est généralement considéré comme inefficace, principalement en raison de ce que l'acide sulfureux gazeux sec n'exerce aucune action germicide. Si l'ensemble de l'intérieur du local à désinfecter était humide et qu'on employât une quantité suffisante de soufre, l'efficacité se révèlerait peut-être, l'anhydride sulfureux dissous dans l'eau possédant certaines propriétés microbicides. Toutefois, l'aspersion dans les appartements présente de tels inconvénients que l'on a rarement recours à ce procédé.

Disons pourtant qu'il est encore employé dans certaines administrations et notamment — à notre connaissance — à la Maison centrale de Melun.

Les propriétés antiseptiques du chlore ont également été mises à contribution. M. Ed. White B. Sc. (Londres) F. I. C., pharmacien en chef de l'hôpital St-Thomas, de Londres, dit du chlore :
« C'est un désinfectant des plus efficaces en pré-
« sence de l'humidité. A l'état sec, il est inactif
« tout comme l'acide sulfureux gazeux, bien que,
« dans ce cas, il faille relativement moins d'eau.
« On l'obtient, en vue de son utilisation comme
« désinfectant, par l'action d'un acide sur de
« la chaux chlorurée (que l'on désigne commu-
« nément sous le nom de chlorure de chaux). La
« fabrication du chlore exige le mélange des
« matières, au moment et à l'endroit voulus, et
« nécessite l'emploi d'une grande variété d'us-
« tensiles. Enfin le chlore présente un autre
« inconvénient dans l'action de destruction et
« de décoloration qu'il exerce sur les étoffes et
« les divers objets de métal. »

Grande variété d'ustensiles, destruction, décoloration... ce n'est pas encore le procédé recommandable.

Les vapeurs d'acide thymique ont aussi été préconisées.

Le Docteur Miquel a dressé un tableau des doses minima de quelques antiseptiques capables de s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé. Il ressort de ce tableau que la substance la plus éminemment

antiseptique est l'eau oxygénée, 0 gr. 05 de H^2O^2 suffisent à empêcher la putréfaction d'un litre de bouillon. La substance la plus faiblement antiseptique est l'hyposulfite de soude. Il faut 275 gr. de ce corps pour empêcher toute putréfaction.

Il faut 2 gr. d'acide thymique pour remplir le même but. On voit par ces quelques chiffres que l'acide thymique est un antiseptique assez puissant. Toutefois, son action est lente à se manifester, et de plus elle est incomplète ; ajoutons que l'action elle-même est très discutée.

Il n'en est pas de même d'un gaz auquel nous arrivons enfin, qui porte le nom d'aldéhyde formique et qui a donné dans de multiples expériences bactériologiques d'excellents résultats.

L'aldéhyde formique étudié depuis plusieurs années déjà par de nombreux savants est un antiseptique maintenant bien connu.

Sa formule est de CH^3O ; c'est le plus simple des composés du carbone, de l'hydrogène et de l'oxygène. On l'obtient soit en faisant passer un courant de vapeurs d'alcool méthylique sur de la mousse de platine préalablement portée à l'incandescence ; soit par vaporisation de son polymère, le trioxyméthylène $C^3H^6O^3$, soit encore par vaporisation de la solution de formaline du commerce.

Son pouvoir bactéricide est des plus puissants ; on attribue la cause de ce pouvoir à la façon dont il se comporte avec la gélatine. Si, à une solution de gélatine dans l'eau à parties égales, maintenue tiède, donc liquide, on ajoute quelques gouttes de formaldéhyde, cette solution fait prise immédiatement et se transforme en une masse transparente insoluble dans l'eau bouillante.

Pour que l'usage de cet antiseptique fût généralisé, il était de toute nécessité que la production en fût rendue pratique. Dans ce but, divers appareils furent construits. Trois types sont à étudier :

Le premier que nous examinerons est le plus simple, mais aussi — et de beaucoup — le moins efficace. Il utilise la méthode de production de l'aldéhyde formique par le passage d'un courant de vapeurs d'alcool méthylique sur de la mousse de platine incandescente : c'est la lampe, la petite lampe à alcool brûlant sous un disque portant de la mousse de platine. Son débit en aldéhyde formique est insignifiant et complètement impuissant à amener une désinfection.

Ces lampes produisent de 0 gr. 90 à 6 gr. de gaz aldéhydique par heure. Or, les expériences de MM. les docteurs Bardet, Vaillard, Gailleton, établissent que les microbes de la diphtérie, du charbon, de la tuberculose, etc., sont tués, si les vapeurs de l'antiseptique sont dégagées à la dose de 3 à 4 grammes par mètre cube d'air, et si elles agissent pendant 60 à 90 minutes. (Trillat : *La formaldéhyde et ses applications*, Paris, 1896, p. 88 et 105.)

Fabriquant toujours l'aldéhyde formique dans le local à désinfecter, vient ensuite toute une série d'appareils.

Le principe pour tous est le même : production du formaldéhyde en chauffant son polymère, le trioxyméthylène.

Les uns utilisent le trioxyméthylène en pastilles comprimées, les autres l'emploient en poudre.

Tous ces appareils, sauf un seul, emploient l'alcool comme combustible :

Le trioxyméthylène est placé dans un récipient approprié au-dessus d'une lampe à alcool qui le chauffe et le transforme en aldéhyde formique qui se répand dans le local. Ils diffèrent par leurs dimensions, par leur forme ou par l'adjonction d'un réservoir d'eau qui, chauffé également, émet de la vapeur d'eau dont le but est, non pas comme on l'a dit, d'augmenter l'action de l'aldéhyde formique, mais de favoriser cette action.

Il va de soi que tous ces appareils ont chacun leurs « perfectionnements », lesquels ont pour objectif de remplir les conditions jugées indispensables d'après les travaux de nombreux hygiénistes, pour que l'aldéhyde formique exerce son action microbicide dans toute sa puissance.

L'aldéhyde formique se repolymérise très facilement, c'est-à-dire reprend sa forme solide : le trioxyméthylène qui est antiseptique aussi, mais beaucoup moins. On a donc tout naturellement cherché à retarder cette polymérisation ; on y est arrivé un peu, en dégageant de la vapeur d'eau simultanément à la reproduction des vapeurs aldéhydes. Cette vapeur d'eau devait empêcher la condensation de l'aldéhyde formique. Malheureusement étant produite en trop faible quantité, elle ne sature pas l'atmosphère, se condense rapidement et devient vite impuissante à empêcher la polymérisation du formol qui s'effectue vers 200°.

La vapeur d'eau étant reconnue insuffisante, on a voulu augmenter la production de gaz antiseptique, et des appareils plus puissants ont été construits. Ces appareils demandent encore néanmoins plusieurs heures de fonctionnement pour produire la quantité reconnue nécessaire de 3 grammes par mètre cube. Il tombe sous le sens qu'à mesure que le temps passe les vapeurs premières émises, se polymérisent et qu'à aucun moment, le local ne contient la quantité totale exigée d'antiseptique ; la désinfection ne peut donc être absolue. C'est la conclusion à laquelle aboutit M. Trillat après de nombreuses expériences en faisant résider l'application pratique et certaine de la formaldéhyde dans la production rapide d'une grande quantité de vapeurs.

Le seul appareil qui n'emploie pas l'alcool est dû à une femme très heureusement douée, fort versée dans les sciences : Madame J. Messerli. Cet appareil, fort bien conçu, consiste dans une cartouche centrale en cuivre, qui contient l'antiseptique à vaporiser revêtue d'une enveloppe combustible d'une composition spéciale. Cette pâte brûle sans flamme et dégage une chaleur suffisante pour vaporiser tous les antiseptiques votilisables en quelques minutes. Comme on peut multiplier le nombre de cartouches dans une pièce autant qu'on le désire, on voit tout de suite qu'on peut saturer l'air du local à désinfecter en quelques minutes. L'appareil a de plus l'avantage de coûter un prix modique et de ne nécessiter aucune manipulation. On en allume la pâte et c'est tout. Voilà pourquoi nous le considérons, jusqu'à plus ample informé, comme devant obtenir la faveur des praticiens, à la campagne surtout.

Enfin, le troisième type que nous ayons à étu-

dier, est celui qui utilise la formaldéhyde en solution plus ou moins composée.

On peut faire à ce type d'appareils les mêmes reproches qu'aux grands désinfecteurs employant le trioxyméthylène. Il est encombrant, coûteux, et exige un personnel expérimenté pour assurer son fonctionnement.

De plus, on peut lui reprocher de produire trop lentement aussi ses vapeurs. La solution employée contient rarement plus de trente-trois pour cent d'aldéhyde formique et de ses polymères. Il faut donc une quantité assez grande de solution pour produire l'aldéhyde formique voulu et un temps relativement long est souvent nécessaire pour vaporiser cette solution.

***

La revue est passée.

Elle a été rapide, trop rapide à notre gré.

Nous aurions voulu donner plus de détails sur la technique de certains appareils ; mais cela nous eût entraîné trop loin : comment en effet borner un tel travail ; comment décrire un appareil, le discuter sans décrire l'autre et le discuter également ? Le cadre d'un article de journal est trop restreint pour des études aussi approfondies, puis c'eût été — et surtout — s'exposer à une polémique avec les différents inventeurs qui tous, naturellement, sont férus de leur œuvre et convaincus de leur valeur.

Au reste, il doit nous suffire de tirer cette conclusion dont l'importance n'échappera certainement à aucun de mes confrères, surtout à ceux qui exercent leur sacerdoce dans les petites villes de province, dans les campagnes, dans les coins les plus isolés :

La désinfection ne s'introduira vraiment dans les mœurs qu'autant qu'elle sera simple, pratique, peu coûteuse, facilement appréciable, à la portée de toutes les bourses.

Nous l'avons dit, et nous le répétons, les appareils compliqués ne permettront jamais d'atteindre le but qu'a désigné aux hygiénistes la loi de santé de février 1902.

Avec des appareils compliqués la désinfection obligatoire restera lettre morte. Et les gendarmes — dites-vous — ne sont-ils par là pour faire respecter la loi ? D'accord... mais les gendarmes ne pourront agir qu'autant qu'ils auront derrière eux pour imposer la désinfection, un appareil à proposer ; or, soyez-en persuadés, les appareils de plusieurs milliers de francs ne seront pas mis si rapidement par toute la France à la disposition des braves pandores.

J'entends bien que la loi de santé vise surtout les agglomérations ; les campagnes ont l'air pur pour désinfectant. Dans ces agglomérations même, les services de désinfection seront bien souvent impuissants. Nous avons démontré, en effet, que les procédés proposés opéraient lentement et que, faute d'être en nombre respectable, ils ne suffiraient jamais à enrayer la moindre épidémie qui viendrait à se produire.

Pour faire de la désinfection une œuvre sérieuse et utile, il faudra frapper souvent, vite et fort.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La réforme de l'enseignement médical,

Par Robert Sorel (du Havre).

Dans le dernier numéro du *Concours Médical*, quelques confrères ont publié leur opinion sur l'*enseignement médical*. A mon avis, leurs propositions contiennent une part de vérité et une part d'erreur. La vérité est que notre enseignement n'est pas assez pratique : la part d'erreur est que la majorité des étudiants étant destinés à devenir des praticiens, il faudrait n'enseigner que les choses pratiques et laisser de côté tout ce qui ne peut servir qu'aux recherches scientifiques. La responsabilité des médecins est devenue très grande, non seulement vis-à-vis de leurs clients, mais vis-à-vis de l'Etat (lois d'assistance, d'assurance, d'hygiène publique). J'estime pour ma part que *pratiquement* les médecins ne pourront se tirer d'affaire qu'à condition d'avoir eu une très bonne *éducation scientifique*. Il ne s'agit pas d'apprendre que, dans tel cas, il faut appliquer tel remède ; le rôle de la médecine serait bien singulièrement abaissé, et c'est inadmissible. Toutes les branches de la médecine font d'énormes progrès et l'application de tel remède ou de tel procédé à tel cas, apprise en 1902, ne sera plus praticable en 1912. La médecine est l'art d'appliquer les données de la science expérimentale à la guérison des malades ; et les progrès de l'art de guérir sont dus pour une grande part aux études de laboratoire des différentes branches de la biologie ; ils sont dus aussi aux résultats de l'application de ces études aux malades. Par suite, ce qu'il faut au praticien, ce n'est pas tant de meubler sa *mémoire* des règles de la conduite à tenir dans tel cas déterminé que de former son *sens critique*. L'esprit scientifique lui est utile pour lui permettre de tirer des conclusions justes des nombreux cas que son expérience lui soumet. Or cet esprit scientifique, il l'acquerra dans la fréquentation des laboratoires et des cliniques. Il doit pendant 5 à 6 années d'études se procurer une culture scientifique avec d'autant plus de soins que plus tard, il lui sera difficile de l'acquérir une fois établi. C'est de cette culture scientifique que dépend sa carrière.

Pour moi, cette culture scientifique ne consiste pas à répéter aux examens ou dans les concours une série de formules péniblement apprises dans les gros livres. Le médecin ne peut pas avoir la prétention d'être un histologiste, un anatomopathologiste, un physiologiste, un bactériologiste des plus distingués, mais il doit avoir appris par lui-même comment se font les études de ces différentes branches de la médecine. Dans ces laboratoires, il apprendra les difficultés de la technique, les multiples causes d'erreurs dans l'interprétation des observations, les précautions qu'il faut prendre avant d'affirmer un fait et avant d'adopter une théorie ; à plus forte raison, chez ses semblables il n'appliquera pas à tort et à travers les médicaments vantés dans les journaux, simplement pour avoir l'air de faire quelque chose et paraître être au courant en donnant le médicament à la mode.

Le praticien, quelque modeste que soit sa clientèle, a le droit, tout comme un autre confrère, fût-il professeur, de juger les cas qui se présen-

tent à lui ; il a le droit, et ce sera une vive satisfaction pour lui de le faire, de comparer les différents cas, d'en tirer des conclusions, de juger par lui-même la conduite à tenir.

Prenez par exemple le traitement de l'appendicite : pratiquement un maître lui dira : « il faut opérer de suite, mais un autre dit : « il faut laisser refroidir ». Laquelle des deux solutions adoptera-il ? Tirera-t-il au sort ? ou agira-t-il au hasard ? Non, il peut se faire une opinion, à la condition seule qu'il ait discipliné son esprit à la critique.

J'ai publié, il y a 10 ans, dans le *Progrès Médical*, une série d'articles sur l'enseignement médical, je n'ai rien à changer aux idées que j'ai exprimées alors, sauf quelques légers détails.

Pendant les cinq années d'études en médecine, l'édudiant doit aller le matin à l'hôpital de 9 h à 12 h., puis l'après-midi : de 2 à 5 h. dans les laboratoires. Le soir après son dîner, pendant 2 h. il lit dans les traités ce qui a trait à ce qu'il a vu le matin à l'hôpital et préparé l'après-midi au laboratoire.

A l'hôpital, il essayera de prendre les observations ; il contrôlera dans un manuel les symptômes classiques de la maladie avec ceux que présente le malade ; de même, l'après-midi, un manuel suffira pour le guider dans ses études. Comme on le voit, je ne demande pour l'étudiant que la journée de 8 heures. Avec repos le dimanche et jours fériés et un mois de vacances par an, il ne sera pas surmené. Cependant ce travail méthodique sera suffisant pour en faire, après 5 ans, un médecin instruit et un bon praticien.

Dans ses après-midi, il devra fréquenter 2 semestres les salles de dissection, un semestre le laboratoire d'histologie, un semestre le laboratoire de physiologie, 2 semestres le laboratoire d'anatomie pathologique et 2 semestres le laboratoire de bactériologie. Dans sa dernière année, il étudiera au laboratoire par lui-même les cas intéressant le service de clinique qu'il fréquente. Je voudrais que pendant ce temps, il n'eût à préparer aucun concours pour ne pas troubler la marche de ses études.

Alors une fois docteur, ou après avoir passé son dernier examen, je voudrais qu'avant d'exercer il fît un an comme interne dans un hôpital. Bien entendu, il ne serait pas nécessaire que cette année fût passée à Paris (il serait même préférable qu'il fît la majeure partie de ses études dans des écoles ou des Universités moins encombrées que Paris) : il pourrait être interne dans un hôpital quelconque de grande ou de petite ville. Il y aurait avantage pour l'étudiant à fréquenter plusieurs universités au lieu de faire toutes ses études dans la même ville. Pour terminer, un séjour de 6 mois ou 1 an à l'étranger serait à recommander.

Après avoir esquissé le programme de l'étudiant, voyons comment les professeurs devraient enseigner. Mon excellent maître Hanot était le modèle des professeurs ; il faisait examiner un malade par le plus jeune du service, puis successivement par les plus anciens, il vérifiait l'exactitude de l'examen ; ensuite des signes constatés il déduisait le diagnostic et les indications thérapeutiques et finalement en se rapportant à des cas similaires, il donnait un aperçu de haute valeur de la maladie. A ses leçons assistaient avec profit l'élève qui pénétrait pour la première fois dans une salle de malade comme les agrégés. Il ne devrait plus y avoir de cours théorique à la Faculté, mais seulement des cours faits à l'hôpital ou dans le laboratoire. Le professeur de clinique ferait ainsi des leçons au *lit* du malade après examen devant les élèves : il pourrait instituer avec l'aide de ses chefs de clinique, internes ou agrégés, les cours de technique de l'auscultation, etc.

De même, dans les laboratoires, un cours de 30 minutes avec planches graphiques, projections, préparations à l'appui; puis répétition par les élèves des mêmes préparations avec explication donnée par les maîtres et ses aides qui se rendent successivement à la table de chaque élève.

Après cinq années de pareilles études et une année d'internat, l'étudiant d'intelligence moyenne serait prêt à faire un médecin instruit et en même temps un bon *praticien*. A ce moment, il pourrait honorablement ou choisir la pratique ou la carrière scientifique. A mon sens, dans les deux cas il faut des études générales solides et pratiques, études dans lesquelles la mémoire serait réduite au minimum.

A ce moment également, pourrait se faire utilement le choix d'une spécialité.

Comme on le voit, j'élimine les concours pendant les études, c'est que la préparation des concours, la lecture des gros livres, l'exercice pour s'habituer à faire une belle copie, une belle leçon, sont choses excellentes pour faire des avocats ou des députés, mais n'ont rien de scientifique ; cette méthode fausse l'intelligence et le sens moral.

Je désire donc des études à la fois très scientifiques et très pratiques.

D[r] Robert SOREL (Le Havre).

N. D. L. R. — Nous remercions vivement M. le D[r] Robert Sorel d'avoir, suivant sa bonne habitude, dit de suite son mot dans la discussion que nous avons provoquée et nous souhaitons que son exemple soit imité. Pourquoi ferions nous plus longtemps mystère que le groupe de praticiens qui a parlé le premier l'autre jour n'est autre que le Conseil de Direction du Concours ? Tout ce qui nous a été dit à ce sujet, depuis une quinzaine, constitue l'approbation unanime de nos idées, et on s'accorde à nous demander de porter la question à l'ordre de l'Assemblée générale. Nous nous empresserons d'obtempérer à ce désir ; mais il nous semble bon que, d'ici là, quelques communications bien étudiées, comme celle de M. Sorel, fixent les points principaux de la discussion.

Il semble à première vue que notre distingué correspondant se sépare de nous par une nuance. Il n'en est rien. M. Sorel a bien vu que nous étions préoccupés de faire porter avant tout les études médicales sur les points de pratique.

Mais il en conclut que nous voudrions *voir laisser de côté tout ce qui ne peut servir qu'aux recherches scientifiques*, et il dit que ce serait une erreur, ce qui est bien évident. Nous avons été ou trop peu explicites ou mal compris : nous avons dit préoccupation *principale*, mais non préoccupation *exclusive*.

Nous sommes donc pleinement d'accord avec M. Sorel et la preuve, c'est qu'il juge comme nous que le meilleur moyen de faire l'éducation scientifique de l'étudiant et de former son sens

critique, consiste dans les leçons cliniques et la pratique du laboratoire d'une façon constante, à l'exclusion seulement des concours et autres exercices de copie ou de récitation.

Si nous n'avions pas craint, d'ailleurs, de dépasser les limites d'une simple esquisse ouvrant la discussion, nous eussions dit que, dans la rédaction du programme du doctorat, il n'y avait pas seulement à élaguer, mais encore à ajouter. Ne prévoit-on pas que, pour le Concours médical, l'éducation scientifique ne saurait aller sans l'éducation professionnelle comportant notamment la déontologie, l'étude de nos divers rôles en médecine publique, et autres questions de ce genre qu'il faudra connaître si l'on veut que le jeune docteur soit partout à sa place et partout à la hauteur de sa tâche ?

Comme on le voit, les sujets de méditation, de réflexions, d'aperçus intéressants, qui découlent de notre projet de réforme radicale de l'enseignement à la Faculté, sont aussi variés que nombreux. Nos lecteurs seront bien aimables de nous dire toutes les idées qu'il leur aura suggérées.

H. J.

CORRESPONDANCE

Honoraires du chirurgien d'hôpital pour soins aux victimes du travail.

La campagne dont le *Concours* a pris l'initiative en 1899 est ardemment continuée par ses amis. Nous nous empressons de publier la lettre suivante :

Monsieur et honoré Confrère,

Dans la réunion du 22 octobre dernier, les Chirurgiens des hôpitaux de province ont protesté contre les abus que fait subir à l'Assistance publique d'une part, au corps médical d'autre part, l'hospitalisation gratuite des victimes des accidents du travail.

Ces revendications ne sont pas restées lettre morte. Grâce à l'influence des divers syndicats, un mouvement très actif a suivi notre réunion, et notre distingué confrère, M. le Dr Lande, de Bordeaux, a amené le Conseil supérieur de l'Assistance publique à reconnaître le principe de la dette des collectivités vis-à-vis des médecins d'hôpital (Séance du 19 juin 1902).

Mais nous ne devons pas nous arrêter à ce premier succès. Il nous reste à faire accepter cette décision par les différentes commissions administratives et à discuter l'article 2 de cette décision, d'après lequel « les frais médicaux seraient calculés au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite ? ».

Ce sera, si vous le voulez, l'objet de notre prochaine réunion, qui aura lieu le *Mardi 21 octobre*, à 2 heures du soir, salle des Correspondances du Congrès de Chirurgie, à la Faculté de médecine de Paris.

Que chacun de nous prépare ses arguments, il y va de l'intérêt général.

Recevez, Monsier et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr H. Bousquet, Clermont-Ferrand. Dr H. Reynès, Marseille.

Clermont-Ferrand, 1er octobre 1902.

REPORTAGE MÉDICAL

Radiologie médicale. cours de vacances, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Du dimanche 19 au dimanche 26 octobre, à 10 heures du matin : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la Radioscopie, de la Radiographie et de la Radiothérapie. — A 11 heures du matin : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques. — A 2 heures de l'après-midi : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopie des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 10 octobre à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs, ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

Notification d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaire des troupes coloniales.

Conformément à l'article 16, n° 2, du décret du 11 juin 1901, portant règlement d'administration publique sur l'administration des troupes coloniales, un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1902, à Paris, dans un local qui sera ultérieurement indiqué, pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés français ;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1).

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Notes.

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecine.

Composition écrite	12
Examen clinique	15
Médecine opératoire	12
Interrogation sur l'hygiène	10

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (8e direction, 3e bureau), *le 15 novembre 1902*, au plus tard.

Les pièces à fournir sont :

I. — *Avant le concours.*

1° L'acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ;

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;
3° Certificat d'aptitude physique ;
4° Certificat, délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique des services ;
5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont envoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. — *Après l'admission.*

Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'école d'application.

Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé militaire.

Ils sont rétribués sur le pied de 3.060 fr. par an, et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 fr. réversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de 2e classe ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Abus de pouvoir des Préfets en matière de remplacements. — Dans le *Journal des Praticiens*, M. le Dr Huchard exprime ainsi son sentiment sur un abus dont nous avons parlé au numéro 15 du *Concours Médical*, où fut publiée la lettre du confrère lésé :

« Un fait nous est relaté par notre confrère : *Le Bulletin des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais.* Il a trait à un abus de pouvoir inouï de la part du préfet du Pas-de-Calais. Un confrère lui demande l'autorisation nécessaire à l'effet de se faire remplacer pour quelques semaines par un étudiant pourvu de seize inscriptions et interne des hôpitaux de Lille. Cette démarche du praticien constituait une simple formalité. Il avait droit de choisir son remplaçant tel qu'il l'avait fixé et dans les conditions prévues par la loi de 1902 sur l'exercice de la médecine. Si le préfet doit être averti en pareil cas, c'est à seule fin qu'il s'assure des titres de scolarité présentés par le remplaçant : Ce dernier a-t-il douze inscriptions, étant interne, en a-t-il seize n'étant pas interne ? Or, que répond le préfet ? Qu'il ne peut accorder l'autorisation. Le remplaçant sans doute est en règle ; mais il a une tache. Il est élève de la Faculté catholique de Lille.

Ce préfet se forme une singulière idée du monde médical. Quand nous soignons un client, lui demandons-nous ses opinions ? Existe-t-il des maladies diverses au gré des idées politiques du patient ? A-t-on jamais décrit une pneumonie catholique, une pneumonie libérale, une pneumonie socialiste ? Le préfet du Pas-de-Calais est un fonctionnaire peu judicieux. Son zèle gouvernemental lui joue un bien mauvais tour ; car voilà les médecins qui se récrient et ceux qui défendent les opinions les plus opposées en matière politique se liguent dans une protestation commune et dans une défense énergique de leurs droits méconnus.

Le médecin est avant tout un libéral. Habitué de par son éducation professionnelle à observer la dépendance et la relativité des phénomènes, les causes de doute et d'erreur, il embrasse malaisément des idées absolues et fermées, sait que les doctrines les plus lumineuses ont leurs coins d'ombre, que les idées les plus utopiques renferment leur part de vérité. Il examine, comprend, ne s'emporte pas. Au-dessus des questions de croyances et d'opinions qui le peuvent séparer de ses confrères, une idée maîtresse, plus haute, un sentiment supérieur l'unit à eux : l'esprit de devoir et l'amour de sa profession.

Dans les associations médicales, dans les syndicats, s'occupe-t-on de la foi politique des adhérents ! Ils sont médecins. Cela suffit. Groupés dans une union compacte pour la sauvegarde de leurs intérêts solidaires, ils s'inquiètent peu de leurs opinions politiques respectives. Et cette entente décidée et ferme domine toutes les questions de dogme et de foi. »

Le vin et l'alcoolisme devant le Congrès de Montauban. — C'est M. le Dr Mauriac (de Bordeaux) qui a traité cette question : il l'a fait avec les arguments qu'il avait déjà fournis dans une brochure fort intéressante dont nous avions parlé à sa publication l'année dernière.

L'auteur, après avoir donné lecture de son travail, l'a résumé dans les conclusions suivantes :

1° La propagation de l'usage régulier du bon vin naturel est le meilleur remède à opposer à l'alcoolisme ;

2° Il y a lieu de vulgariser par tous les moyens possibles (articles de journaux, brochures, conférences, tableaux, affiches, cartes postales, etc.), les effets bienfaisants de nos bons vins naturels de France ;

3° Les vins naturels, pris à dose modérée, ne sont pour rien dans le développement de l'alcoolisme ;

D'une manière générale, ils sont, au contraire, favorables à la santé et donnent aux populations qui en usent habituellement une vigueur particulière ;

4° Pour combattre efficacement l'alcoolisme, il y a lieu de créer dans toutes les villes ou agglomérations de quelque importance, des débits et des restaurants de tempérance d'où les alcools et les liqueurs alcooliques seront rigoureusement exclus, mais où on favorisera l'usage des bons vins naturels de France.

Après une longue et intéressante discussion, où les partisans et les adversaires du vin ont fait valoir leurs arguments respectifs, les conclusions du Dr Mauriac, mises au voix, ont été adoptées à une très forte majorité.

Grâce à notre confrère, il est donc établi et confirmé par le vote d'une assemblée, que l'on peut considérer comme compétente, que le vin est une liqueur aussi utile qu'agréable, pourvu qu'il soit naturel et pris à dose modérée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4837. — M. le docteur Bourgarel, à Acy-en-Multien (Oise), présenté par M. le docteur Duchesne, de Boulogne-sur-Seine.

N° 4838. — M. le docteur Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris, présenté par M. le docteur Rous, de Paris, et membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 4839. — M. le docteur Armand, de Lagnieu (Ain), présenté par M. le docteur Saint-Pierre, de Nantua (Ain).

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 41 11 OCTOBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Ligue pour la meilleure répartition des clientèles.

Dans son numéro du 24 mai dernier, le *Concours* ouvrait ses colonnes à un intéressant et étudié article du Dr Perrimond. Notre honorable confrère, constatant, une fois de plus, la mauvaise répartition des médecins sur le territoire, proposait, pour obvier à l'encombrement local qui en résulte, la création d'une nouvelle filiale du Concours qu'il baptisait la *Mutuelle Médicale*.

Celle-ci aurait eu pour but principal l'établissement de nouveaux postes médicaux dans les régions qui en sont actuellement dépourvues. Elle aurait offert aussi, dans la pensée de son auteur, certains avantages secondaires pour l'énumération desquels il suffit de se reporter au numéro 21 du journal.

Le Dr Jeanne, en présentant le projet du docteur Perrimond, en reeonnaissait la séduetion et rappelait que l'idée de notre confrère hantait de longue date le Conseil de Direction du Concours.

Malheureusement, celui-ci s'était, jusqu'alors, heurté à d'importantes difficultés pratiques et avait hésité devant une réalisation qui lui semblait peu commode et assez périlleuse. Notre rédacteur en chef terminait par un nouvel appel à la collaboration de ses lecteurs et souhaitait que l'un d'eux nous indiquât les moyens de mettre sur pied un projet pratique, intéressant, et digne d'un examen approfondi.

Peu de réponses nous sont parvenues. Seuls, deux confrères, les Drs Capuron (de Rivoli) et Guillon (de la Tremblade) se sont rangés avec enthousiasme à eôté du Dr Perrimond, tout en se taisant sur la façon pratique de faire sortir ses idées du domaine théorique. Par eontre, les autres médecins qui nous ont écrit leurs impressions sur ce projet l'ont bien trouvé alléchant, mais ont été frappés, comme nous l'avions été, de la distance et des difficultés qui séparent la coupe et les lèvres.

Les Drs Dupont (de Villers-Saint-Georges) et Sempé (de Paris) ont parfaitement vu ces difficultés ; ils ont réuni un faisceau serré d'objections sérieuses et, nous montrant combien le chemin était semé d'embûches et fertile en dangers, ils nous ont invité à la prudence et crié *casse-cou*.

D'abord, il n'est pas démontré que les postes susceptibles de faire vivre le médecin qui leur manque soient en abondance ; sur ce point primordial, puisqu'il supporte toute l'éeonomie du projet Perrimond, une enquête sévère serait d'abord néeessaire et elle risquerait de ne pas donner les résultats qu'attend notre eonfrère. Il ne faudrait pourtant pas que la nouvelle ligue se trouvât dans la situation d'un bureau de placement, où les demandes afflueraient (ce qui, grâee à l'encombrement actuel, ne manquerait pas de se produire) et où il y aurait pénurie de places à distribuer ; la clientèle aurait tôt fait d'abandonner une maison qui ferait faillite à ses promesses en ne lui donnant que de trop rares satisfaetions, et le crédit moral du Coneours risquerait, par ricochet, de subir les néfastes effets de cet échec. Ce danger n'est sans doute pas illusoire puisque, jusqu'ici, le Dr Berger (de Miribel) est le seul qui nous ait indiqué une région capable d'assurer l'existence du médecin, dont elle

est dépourvue et il s'agit de cantons savoyards pour lesquels les candidats ne se montreraient peut-être pas très empressés. On ne saurait oublier, en effet, que, pour l'établissement d'un jeune docteur, interviennent le plus souvent des considérations de famille ou d'intérêts qui limitent son choix à une région, en dehors de laquelle il lui est difficile de se fixer.

Il en résulte que, même si la stabilité du médecin n'était pas chose utile et désirable *en soi*, celui-ci ne saurait être mobilisé comme un fonctionnaire qui passe alternativement du nord au midi et de l'est à l'ouest, suivant son changement de classe ou les caprices ministériels.

On comprendra aussi combien la *Mutuelle Médicale* serait embarrassée pour fixer d'une façon suffisamment précise le rendement des postes, dont elle pourrait disposer. Une clientèle médicale n'a pas une valeur intrinsèque, elle ne vaut que par celui qui la détient ; la science, l'activité, le dévouement, le savoir-faire, etc., sont des qualités personnelles ; le médecin qui les possède prospèrera dans un poste où un confrère moins bien doué ne saurait vivre, et réciproquement. Qui de nous n'a vu l'exemple répété d'un collègue cédant une situation enviable à un successeur qui éparpille la clientèle la mieux en mains ?

Il reste encore un argument à opposer à la proposition Perrimond ; on ne saurait le négliger, c'est le suivant. Je disais tout à l'heure que l'on ne trouverait probablement que peu de postes avantageux à créer ; il est encore plus évident que ces créations, si restreintes soient-elles, n'iraient pas sans léser les intérêts d'un certain nombre de confrères. En effet, il n'y a pas de régions complètement dépourvues de service médical ; les moins favorisées sous ce rapport sont cependant desservies dans une certaine mesure par des médecins assez disséminés et assez éloignés, il est vrai, mais capables, malgré cela, d'y apporter leurs secours, quand on les réclame. Ces confrères seraient, sans doute, médiocrement satisfaits de voir une ligue se fonder avec l'intention avouée de leur susciter une concurrence et de leur enlever une part de leurs revenus.

Prenons en exemple la région de X ; elle est desservie par trois médecins, dont 2 sont affiliés au Concours ; tous trois vivent en partie de leur clientèle avoisinante, en partie de l'appoint que leur fournit un *hinterland* assez vaste et assez éloigné de leur résidence. Supposons que la Société projetée installe au centre de cet hinterland un quatrième médecin ; l'appui de la ligue, les subventions qu'elle pourra lui obtenir, assureront peut-être au nouvel arrivant une existence suffisante, mais que penseront les trois préoccupants d'une intervention qui tarira une de leurs sources de revenus ?

Avouons qu'ils seront excusables de la trouver au moins inopportune ! Et nos deux collègues du Concours ne seront-ils pas autorisés à refuser leur appui ultérieur à une œuvre qui les remercierait de leurs cotisations en réduisant leurs ressources par la diminution de leur champ d'action.

Ainsi que l'écrit le Dr Dupont : « la ligue risquerait de concentrer contre elle les sentiments hostiles de ceux qui seront lésés ou craindront de l'être par son intervention », et cette hostilité rejaillissant sur le Concours et ses filiales, pourrait compromettre l'existence d'œuvres florissantes qui ne font que commencer la liste des services qu'elles sont capables de rendre au Corps médical.

Le Dr Perrimond lui-même n'a pu se dissimuler la force d'une objection, qu'il cherche à amoindrir en prévoyant dans son projet la création d'un second ordre d'associés : les membres honoraires. Par leur adhésion à la nouvelle société, ceux-ci s'assureraient en quelque sorte contre la concurrence qu'elle pourrait leur susciter. Mais si les confrères menacés suivaient ce conseil et s'abritaient derrière l'honorariat, que resterait-il pour les membres actifs ? Où les caserait-on ? De deux choses l'une, ou les postes à créer sont avantageux et ceux qui les desservent n'hésiteraient pas à payer la rétribution qui protégerait leur possession, ou ils ne valent pas ce sacrifice et les médecins qu'on y établirait seraient médiocrement satisfaits du cadeau qu'on leur en ferait.

Toutes ces objections naissent spontanément à la lecture de l'article du Dr Perrimond ; il en est encore d'autres qui jailliraient d'une discussion plus approfondie. Elles ont suffi au Conseil de direction du Concours et l'ont momentanément détourné d'un projet très attrayant pourtant à première vue ; il lui a semblé que l'auteur se faisait quelques illusions paternelles sur la facilité de réaliser son rêve. Le Dr Perrimond exerce à Bourgoin ; ses collègues et lui viennent, grâce à leur tenacité et à l'aide du « Sou médical », de triompher dans une affaire difficile, d'importance primordiale pour l'avenir de nos syndicats professionnels ; ils ont la griserie légitime d'un succès éclatant ; cela les induit peut-être à s'abuser sur la toute puissance du Corps médical.

Ici, au Concours, aux prises avec des difficultés journalières, nous sommes moins assurés de notre omnipotence ; il nous a paru que le projet de notre confrère n'était pas au point, qu'il avait encore besoin d'être modifié, creusé, retourné sur toutes ses faces. Peut-être alors, en sortira-t-il une formule meilleure, moins aléatoire, d'exécution moins périlleuse.

Etudiée avec l'acuité qu'y a apportée le Dr Perrimond, une idée ne reste jamais complètement stérile. Dans les champs fouillés avec persévérance, la semence finit toujours par lever. Au jour de la moisson, notre confrère trouvera sa récompense dans la conscience d'avoir aidé à sa maturité.

Dr Gouffier.

C'est après avoir connu et médité cet intéressant rapport que le Conseil de Direction, aussi favorable que l'enquêteur lui-même au principe de la proposition, a dû constater, dans sa séance du 25 septembre, que la création et le fonctionnement de la Ligue projetée lui paraissaient actuellement impossibles. Les raisons qui ont empêché le « Sou médical » d'entrer dans cette voie persistent tout entières, constatées de plus formellement par les médecins qui nous ont fait connaître leur sentiment. Elles se résument en ceci : 1° Il n'y aurait d'évident qu'une campagne des

jeunes contre les anciens, ayant tout l'air de se baser sur la maxime : « Ote-toi de là pour que je m'y mette ». Les anciens ne sont pas décidés à s'entendre pour faire cette nuit du 4 août, et on ne peut passer outre devant leurs protestations légitimes ; 2° Les jeunes se montrent peu disposés à limiter leur ambition aux postes qu'on leur proposerait. Dans ces conditions, il est à prévoir que la Ligue n'aurait pas d'adhérents : elle aurait à pratiquer rapidement l'onéreuse liquidation des frais très importants qu'entraînerait sa naissance, car elle aurait dépensé beaucoup pour s'assurer des moyens d'action condamnés d'ailleurs à l'inutilité.

Ce sentiment d'impuissance à réaliser le rêve de M. le Dr Perrimond a été pour beaucoup dans la décision prise par le Conseil de Direction, *de chercher dans une réforme complète de l'enseignement médical au point de vue pratique une barrière solide à opposer à l'encombrement*. Que nos lecteurs veuillent bien s'appliquer avec nous à faire mûrir cette question pour l'Assemblée générale. Ils ont la certitude de se placer là sur un terrain où notre initiative corporative peut se donner libre carrière et trouver de suite l'appui unanime du publie et de l'intérêt général, sans avoir à lutter contre des résistances légitimes.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections préventives de sérum anti-diphtérique.

Il faut se garder, comme nous le disons toujours, d'un enthousiasme excessif pour la méthode de traitement et surtout de prophylaxie de la diphtérie par le sérum antidiphtérique. Certes, nous ne croyons pas sérieusement aux prétendus cas de mort qu'on lui a imputés et qui doivent être mis sur le compte de la gravité de la diphtérie ou du retard apporté à la première injection, mais, chaque jour, de nouveaux faits montrent que le sérum, n'étant pas absolument anodin comme, par exemple, la vaccine, ne peut être imposé obligatoirement dans les écoles ou autres agglomérations d'enfants.

M. Le Gendre cite (Soc. de pédiatrie, 18 mars) le cas d'un enfant de trois mois atteint de diphtérie, et qui, un quart d'heure après une injection de *sérum antidiphtérique*, présenta une *éruption* polymorphe généralisée avec *œdème* de la face et du prépuce. L'œdème dura dix heures environ. L'enfant guérit de sa diphtérie.

Un enfant observé par M. Guinon eut un *œdème généralisé*, de *l'agitation* et du *délire*, une heure après avoir reçu une injection de sérum. L'œdème disparut au bout d'une heure.

La *Semaine Médicale* (30 avril) cite trois observations où les injections de sérum antidiphtérique furent suivies de *syncopes*.

Le médecin anglais A. Somers, au cours d'une diphtérie grave, fit une injection de sérum antidiphtérique et, deux heures plus tard, éclatèrent des phénomènes syncopaux qui furent très inquiétants pendant une demi-heure ; une seconde injection fut suivie des mêmes accidents, ce qui exclut l'idée d'une simple coïncidence. Le Dr Saward (de Londres) soignait deux sœurs dont la diphtérie était grave. L'une succomba au collapsus cardiaque, peu de temps après la première injection de sérum ; l'autre eut une syncope dont on eut grand peine à la sauver.

Maladie de Basedow par ingestion prolongée d'iodure de potassium.

L'ingestion prolongée de l'iodure de potassium n'est pas sans danger ; elle peut provoquer des accidents tels que le goître exophtalmique, c'est, du moins, ce qui paraît ressortir d'un fait communiqué à la Société de Méd. int. de Vienne par M. R. Breuer (*Bull. Méd.*).

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-neuf ans qui, dans sa dix-septième année, fut infectée de syphilis par son mari. Bien qu'elle eût subi, à plusieurs reprises, un traitement par les frictions mercurielles, elle contracta, il y a de cela deux ans, une iritis syphilitique pour laquelle un ophtalmologiste lui ordonna l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, traitement que la malade a suivi, avec quelques petites interruptions, pendant six mois environ. Au bout de ce temps, on vit apparaître chez elle les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow : amaigrissement, tremblement, tachycardie, chaleur de la peau avec transpiration abondante, diarrhée, exophtalmie et goître pulsatile. Sous l'influence d'une médication bromurée et d'un régime alimentaire essentiellement végétarien (l'usage de l'iodure ayant été, bien entendu, suspendu dès le début des accidents), ces troubles diminuèrent d'intensité, mais ils n'en subsistent pas moins jusqu'à présent.

Jamais, auparavant, la malade n'avait présenté de goître, ni aucun symptôme basedowien. Un autre point à relever, c'est qu'on avait affaire ici à une femme syphilitique. Or, le corps thyroïde des syphilitiques tolère bien, d'habitude, l'iodure de potassium. Le cas présent constitue donc une exception à cette règle.

M. Breuer a montré aussi une autre femme chez laquelle le syndrome de Basedow est apparu également à la suite de l'usage interne de l'iodure de potassium ; mais ce fait est moins remarquable que le précédent, attendu que la malade en question avait déjà eu, autrefois, des symptômes basedowiens.

La gastérine.

M. le Dr *Frémont*, de Vichy, a réussi par un très ingénieux procédé, à extraire de l'estomac du chien, un suc gastrique absolument normal qu'il appelle la Gastérine et qu'il emploie dans les dyspepsies avec un plein succès.

« La Gastérine est un liquide aqueux, limpide, « acide et d'une composition très complexe. « Elle renferme de l'acide chlorhydrique sous « deux formes : libre et combiné. L'acide chlorhy- « drique libre n'est pas absolument décelable « par tous les réactifs ; l'acide chlorhydrique com- « biné est lui-même dans un état mal défini. La « pepsine et le ferment lab s'y trouvent sous une

« forme absolument inconnue. Personne n'a ja-
« mais vu de pepsine pure, personne n'a encore
« fourni de lab aux malades. On comprend dès
« lors qu'il est impossible de faire du suc gastri-
« que dans un laboratoire. Ce que l'on décore de
« ce nom ne renferme pas d'acide chlorhydrique
« combiné, ne renferme pas de lab, ne renferme
« pas les très nombreuses substances: potassium,
« sodium, chlorure, fer combiné à la matière or-
« ganique, etc., qui sont dans la Gastérine. »

La Gastérine convient dans tous les cas où la sécrétion de l'estomac est insuffisante ; que cette insuffisance soit aiguë ou chronique.

Dès qu'il y a fièvre, il y a insuffisance de la sécrétion de l'estomac. Un peu de Gastérine permet de faire digérer au malade du bouillon, du lait, qui empêche la formation des ptomaïnes qui augmentent encore la fièvre. Toutes les fois que l'infection porte spécialement sur le canal digestif, la gastérine fait tomber la température en empêchant l'auto-intoxication.

La Gastérine diminue la longueur de la convalescence et s'oppose à l'anorexie si fréquente après les pyrexies.

Ainsi que M. le docteur Huchard a eu le mérite de l'établir, la Gastérine est très utile toutes les fois qu'il faut prendre du lait et que sa digestion est difficile.

Dans les états chroniques, anémies, chlorose, neurasthénie, affaiblissement par séjour dans les colonies, la Gastérine rendra un grand service, en rompant le cercle vicieux, suivant l'expression de M. le professeur Mayor, qui fait que l'estomac sécrète peu en raison de l'état général.

Dans les diverses dyspepsies hyposthéniques de M. le docteur Albert Robin, ou encore hypochlorhydriques, la Gastérine a sauvé un grand nombre de malades. Il semble même qu'elle a guéri, c'est-à-dire ramené à une santé parfaite, des cas de gastrite avec destruction de la muqueuse de l'estomac.

Dans les cancers de l'estomac, la Gastérine est parfois utile ; souvent, elle n'est pas tolérée. Beaucoup de cas de diarrhée, même tuberculeuse, sont guéris ou soulagés par la Gastérine.

Doses. — La Gastérine se prend avec de l'eau sucrée, du sirop, de la bière, du vin, du lait, du bouillon, du thé, pour masquer son goût acide. Le lait doit être froid.

Il faut goûter le bouillon et le thé avant d'y ajouter la Gastérine pour s'assurer qu'ils ne sont pas trop chauds.

Les doses varient suivant chaque malade, de une à deux cuillerées à soupe par jour, jusqu'à 500 grammes.

Dans la majorité des cas on obtient des résultats excellents avec des doses de quatre à six cuillerées à soupe par jour.

La Gastérine se prend avant, pendant ou après le repas.

Si on a dépassé la dose utile de Gastérine, on est prévenu par l'apparition d'une sensation de chaleur au creux épigastrique ; quelques gorgées de bicarbonate de soude la font disparaître instantanément.

Le pansement au charbon de paille.

M. le Dr *Bonnette* décrit dans le *Caducée* une nouvelle méthode de pansement applicable non seulement « en campagne », mais même « à la campagne » lorsqu'on est requis dans un cas urgent ; c'est la méthode des sachets au charbon de paille.

Ce pansement a été lancé par les Japonais qui l'emploient couramment dans leurs hôpitaux militaires. La cendre de paille de riz, a, selon le professeur Kikuzi, la même valeur antiseptique que la ouate phéniquée ou sublimée. Les hôpitaux militaires français l'ont employée et ont donné cette conclusion à leurs essais : les résultats sont excellents, mais de tels pansements sont toujours moins agréables et moins souples que ceux dans lesquels entre le coton ou la gaze hydrophile ; il faut donc les réserver pour les cas d'urgence.

Voici d'ailleurs un exemple de ce qu'on peut attendre de l'emploi de ces pansements.

Le docteur Bonnette eut l'occasion de voir un paysan qui avait reçu une charge de plomb à la partie dorsale d'un pied, et, par suite du prix élevé des médicaments antiseptiques, avait adopté une thérapeutique composée de saindoux, de feuilles de choux maintenues par des linges sales. La plaie était purulente ; comme le malade alléguait l'impossibilité où il se trouvait d'acheter des pansements antiseptiques, le docteur Bonnette pansa la plaie au charbon de paille, tous les jours ; la plaie se déterge bientôt, la fièvre tombe, la cicatrisation se fait ; voilà un exemple typique.

Le procédé de fabrication de ces sachets est le suivant : on choisit de préférence la paille de blé qu'on brûle à l'air libre sur des dalles de pierre propre ; on trie le charbon obtenu en réservant les morceaux ayant l'aspect de tiges et non les fines particules ; on prépare d'autre part des sachets avec de la vieille toile fine (pas de gaze ni de mousseline qui laisseraient passer les morceaux de charbon) ; on les fait bouillir dans une lessive de soude à 2 pour 1000 ; on les rince, les fait sécher et on les remplit de charbon de manière à leur donner une épaisseur d'environ 2 centimètres. On les applique sur la plaie préalablement lavée, secs ou humides, selon qu'on a ou non à sa disposition des antiseptiques liquides ; si on n'en a pas, il est inutile de poudrer ces sachets d'iodoforme ou de salol ; le pansement doit dépasser les bords de la plaie.

Pour les plaies sans suppuration, ce pansement n'est pas l'idéal; lorsqu'il y a du pus (phlegmon, bubon, panaris), il fait merveille.

L'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires.

D'après M. le Dr *Frisch* dans le *Wien. Klin. Wochensch.*, l'adrénaline peut rendre de très grands services dans la chirurgie des voies urinaires.

Dans les cas de cystoscopie où l'hématurie vésicale ne permet pas de se rendre compte de l'état de la vessie, l'injection intravésicale de 100 à 150 centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au 10.000e arrête l'hémorragie au bout de trois ou quatre minutes. Il suffit alors de vider la vessie pour pratiquer la cystoscopie dans des conditions particulièrement favorables.

De même, dans l'ablation des tumeurs de la vessie par la voie sus-pubienne, il suffit de badigeonner la face interne de la vessie avec une solution d'adrénaline au 1.000e pour pouvoir extirper le ou les néoplasmes au milieu d'un tissu

anémié et sans perdre une seule goutte de sang. Cette pratique est particulièrement avantageuse en cas de papillomes multiples dont on ne risque plus de laisser en place quelques-uns.

Dans les rétrécissements dits infranchissables, il suffit de mettre quelques gouttes d'une solution d'adrénaline au 1.000e à l'entrée de la stricture pour amener un dégonflement de la muqueuse permettant le passage relativement facile de la sonde. Il en est de même des cas de cathétérisme difficile dans l'hypertrophie de la prostate où l'instillation de quelques gouttes de solution d'adrénaline au 1000e facilite le passage de la sonde, lequel passage s'effectue sans provoquer d'hémorragie, même dans les prostates très vasculaires.

Enfin, chez les prostatiques pris, pour la première fois, d'une rétention complète de l'urine, l'instillation de quelques centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au 1.000e dans la portion prostatique de l'urètre permet aux malades d'émettre spontanément quelques gouttes d'urine et de vider ensuite plus complètement leur vessie, quand ces instillations sont répétées les jours suivants.

Traitement du furoncle.

Voici, d'après M. le Dr *Leredde*, dans la *Rev. prat. des maladies cutanées et syph.*, le meilleur mode de traitement du furoncle. Au début, on dégraissera la région malade par des frictions alcooliques quotidiennes ou des savonnages suivis de nettoyages à l'éther, puis on fera des badigeonnages réitérés à la teinture d'iode pure, limités à la saillie inflammatoire ; on peut souvent ainsi amener l'avortement du furoncle.

Si l'inflammation est intense, que le furoncle se développe rapidement et soit douloureux, on fera des pulvérisations plusieurs fois par jour, avec de l'eau phéniquée à 2 pour 100, ou mieux avec de l'eau oxygénée à 12 volumes.

Sur les furoncles de la face, on ne peut employer que de l'eau boriquée. Dès que la saillie est nettement marquée, on a intérêt à inciser au bistouri, après anesthésie au chlorure d'éthyle ou à la cocaïne. L'incision doit comprendre toute la surface occupée par le furoncle et pénétrer aussi profondément que les lésions inflammatoires. Dans les furoncles volumineux on fera une incision cruciale. Puis on continuera les pulvérisations phéniquées ; dans l'intervalle, on appliquera des pansements à l'eau bouillie ou boriquée. Avant l'ouverture et après, les cataplasmes constituent encore le moyen le plus pratique et le plus efficace de pansement, tant que dure la période inflammatoire.

A. Robin recommande d'introduire dans la cavité des furoncles, lorsque la régression n'est pas rapide, une couche de la pâte suivante :

Soufre sublimé...........	} àà 10 gr.
Camphre pulvérisé.......	}
Glycérine..................	q. s.

pour une pâte demi-liquide.

Dès que la tension des téguments aura disparu, que le pus sera évacué et qu'il n'y aura plus de croûtes, les pansements humides n'auront plus d'avantage, et on les remplacera par des pâtes.

Dans les furoncles à développement lent, peu ou point douloureux, la ponction centrale, *profonde*, au galvanocautère, est préférable ; elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante. A la suite, pansements demi-humides permanents, ou pulvérisations avec applications de pâte dans l'intervalle.

Les emplâtres constituent un mauvais pansement, même dans les petits furoncles qui tendent spontanément à la guérison, où il n'est pas nécessaire de faire des pulvérisations et des pansements humides trop gênants pour les malades. On emploiera de préférence de petites rondelles de gaze aseptique, maintenues par un peu de colle de zinc sur les bords, renouvelées chaque jour.

Le traitement général est fort important, l'éruption de furoncles dépendant souvent d'un état de fermentation habituel des voies digestives, estomac et intestin, sans oublier la congestion hépatique persistante, l'azoturie et le diabète. Il faut donc proscrire les aliments gras, réduire la quantité de pain, et faciliter les évacuations intestinales.

Le traitement par la levûre de bière est devenu classique depuis les publications de Brocq. Elle ne donne pas de succès constants, mais il n'y a jamais d'inconvénients sérieux à l'essayer. Les résultats sont souvent remarquables, surtout dans les formes aiguës. Il faut se servir soit de levûre de bière fraîche, soit de l'extrait sec qui porte le nom de levurine. La levûre de bière sera prise de préférence chez les brasseurs ; la dose journalière est d'une à trois cuillerées à soupe pour un adulte : on la prend au commencement du repas dans de l'eau pure.

Ajoutons que, pour régulariserles digestions, il convient d'ordonner également la prise de ferments digestifs à l'intérieur. Aucun remède n'est plus efficace dans les dyspepsies et les fermentations gastro-intestinales anormales. On recommandera tout particulièrement la Tridigestine Dalloz, mélange à parties égales des trois ferments, diastase, pepsine et pancréatine obtenus à l'état granulé. Chaque cuillerée à café contient très exactement trente centigrammes de ces trois ferments ; ordonnez une à deux cuillerées à café à chaque repas dans un peu d'eau.

PROPHYLAXIE

La désinfection obligatoire.

(*Suite et fin.* Voir les numéros 38, 39 et 40.)

Pour faire de la désinfection une œuvre sérieuse et utile — disions-nous dans notre dernier article — il faudra frapper souvent, vite et fort.

Pour saisir toute l'importance de cet aphorisme, il est nécessaire de considérer la désinfection à un point de vue tout différent de celui auquel on se place ordinairement.

Qu'est-ce que la désinfection pour le plus grand nombre ? C'est une opération hygiénique qui consiste à purifier l'air infecté par un malade et à stériliser les objets qu'il a touchés ou approchés, *après que le malade est mort ou entré en convalescence.*

Nous avons souligné à dessein ces derniers mots ; ils caractérisent la désinfection telle

qu'elle est comprise généralement. Et cela est si vrai que le législateur n'a pas songé à rendre obligatoire cette pratique de la désinfection pendant le cours des maladies, mais seulement à l'époque de la convalescence, ou *post-mortem*.

Or — et ici surtout, nos confrères seront de notre avis — la désinfection ne peut être efficace qu'à la condition d'être de tous les instants, de toutes les minutes, depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin.

« Se figure-t-on — disait spirituellement à la « tribune du Sénat notre honorable confrère « M. Treille — se figure-t-on que les microbes « attendent les désinfecteurs ? Les microbes « sont transportés de toutes sortes de façons. « Ils le sont par l'un, par l'autre, par l'entourage « surtout, par les voisins qui viennent prendre « des nouvelles du malade.

« Et comment admettre que les microbes at- « tendront tranquillement la fin de la maladie, « de façon qu'il n'y ait plus à ce moment qu'à « les cueillir pour les faire disparaître ? »

Prenons l'exemple d'une maladie surtout enfantine : la diphtérie. Dans une famille, il y a trois enfants en bas âge. L'un d'eux présente les symptômes de cette grave affection. Les malheureux parents n'ont pas la ressource d'envoyer les deux autres chez des amis ou des proches, on isole donc le petit malade. Fort bien ; mais cet isolement est-il complet ? Praticiens, obtiendrez-vous de la mère qu'elle reste toujours auprès du malade sans jamais — au cours de la maladie — voir son mari, ses deux autres enfants ? Obtiendrez-vous du père qu'il n'aille jamais dans la chambre infectée ? Il faut connaître bien peu la profession pour croire un instant qu'il soit facile au médecin d'obtenir l'exécution dans une famille de pareilles mesures de rigueur.

Il les conseillera, certes ; il les imposera même : c'est son devoir ; mais est-il toujours là pour veiller à la stricte observance de ses prescriptions ? D'ailleurs, il faut bien en convenir à la décharge des familles qu'on pourrait tenir pour coupables de négligence, ces prescriptions, si bien exécutées soient-elles, sont, dans la plupart des cas, insuffisantes.

Les chambres ne sont jamais si bien closes, dans les campagnes surtout, qu'il ne s'en échappe des poussières ; et ces poussières sont infectées, et les enfants les respireront..

Donc, voilà un petit malade que vous tenez enfermé avec sa mère ou une garde-malade, dans sa chambre bien close. Vous n'ouvrirez jamais la porte, jamais la fenêtre ? Mais vous allez l'empoisonner, empoisonner sa mère, qui sortira débilitée, malade à son tour peut-être, de ces jours de veille et d'insomnie.

Il faut changer l'air de cette chambre et pour cela transporter l'enfant dans une autre. Très bien ; mais cet enfant malade a contaminé l'air de cette autre pièce pendant l'heure qu'il y est resté et c'est là que se fait sentir vraiment la nécessité d'avoir à sa disposition un procédé de désinfection simple, pratique, efficace et peu coûteux.

Dans la désinfection ainsi comprise, les appareils encombrants autant que compliqués ne sauraient rendre aucun service. Outre qu'ils sont difficilement transportables, ils sont fort chers, nécessitent un personnel expérimenté et par cela même l'usage n'en peut être assuré que par les soins d'une administration : or lenteur et administration sont deux mots qui ne vont point l'un sans l'autre.

Nous avons pris pour exemple l'hypothèse d'une diphtérie ; nous aurions pu aussi bien choisir l'une quelconque des maladies contagieuses, notre raisonnement eût été le même et les arguments n'en eussent pas été plus spécieux. Enfin, si ce raisonnement est juste, alors que cette maladie contagieuse offre les caractères d'une affection aiguë à périodes limitées (incubation, crise, convalescence), quelle ampleur n'acquiert-il pas lorsque l'on prend l'hypothèse d'une maladie longue, consomptive, comme la phtisie !

Pendant les longs mois où le phtisique promènera sa mélancolie de chambre en chambre, de pièce en pièce, s'éteignant doucement, semant autour de lui les bacilles meurtriers, ne désinfectera-t-on jamais et laissera-t-on exposés à mourir du même mal, ses enfants, ses frères ou ses sœurs qui l'entourent de leurs soins affectueux et touchants ?

Combien de fois, au cours de cette terrible maladie, les désinfecteurs officiels iront-ils assainir les locaux infectés ?

Je ne parle pas des familles riches qui peuvent isoler leurs malades et faire pratiquer à grands frais la désinfection aussi souvent qu'elles le veulent.

Il faut aux médecins hygiénistes, gardes-malades, etc., à tous ceux qui ont besoin d'assurer extemporanément, rapidement, sûrement, une désinfection, un procédé qui porte dans les campagnes et dans les chaumières les plus reculées des armes égales à celles des habitants des villes pour lutter avec succès contre les maladies épidémiques ou infectieuses.

Il faut aux médecins, hygiénistes et gardes-malades un procédé simple, actif et peu coûteux, qu'ils puissent pour ainsi dire porter dans leur poche et qui leur permette à toute heure, en tout lieu, de combattre l'action sourde et nocive des germes meurtriers.

Ce procédé, nous croyons fermement l'avoir trouvé dans le Fumigator, c'est pourquoi nous allons le présenter avec toutes ses références à nos confrères.

Le Fumigator est cet appareil — que nous décrivions dans notre dernier numéro — inventé par Mme J. Messerli. Il est extrêmement simple et très portatif ; qu'on en juge : le plus petit modèle a le volume d'un bouchon ; le plus gros celui d'un verre à boire.

Ce dernier, chargé de 60 gr. de trioxyméthylène, les vaporise en dix minutes, les transformant complètement en aldéhyde formique, et assure la désinfection d'un local d'une capacité de 20^{m3}. Pour les locaux plus grands, il suffit d'en multiplier le nombre.

Le fumigator a été l'objet d'études très approfondies du Laboratoire municipal de Paris, du savant maître le docteur A. Gautier de l'Institut, de l'éminent bactériologiste, M. le professeur Rappin, directeur du Laboratoire de bactériologie de la Loire-Inférieure, de M. Edmond White B. Sc. (Londres), F. I. C., pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, etc.

Les travaux concernant cet appareil sont nombreux autant que choisis.

Tous s'accordent à lui reconnaître les qualités que nous jugions indispensables à un procédé de désinfection ; il est efficace, simple et peu coûteux. Il permet enfin de faire une désinfection sérieuse et utile ; il permet de frapper souvent, vite et fort.

Nous n'avions pas qualité pour refaire et contrôler les travaux concernant le Fumigator.

La renommée des auteurs est du reste assez grande et leurs conclusions sont assez unanimement affirmatives pour que nous nous en rapportions à eux purement et simplement.

Il convenait cependant d'avoir l'opinion de nos confrères sur l'emploi pratique et journalier du Fumigator. Nous n'avons reçu en réponse aux questions que nous adressâmes à ce sujet à remplacer ces cinq mots par quelques-uns d'entre eux qui — nous le savions — faisaient usage de ce procédé, que lettres d'éloges. Nous sommes donc tout à fait autorisés à le recommander à la faveur des praticiens.

Voici, à titre de renseignement, la façon — qui est la nôtre — dont les médecins qui se servent du Fumigator en comprennent l'emploi :

Au cours de la maladie, et toutes les fois qu'on change le malade de chambre, on fait brûler suivant la capacité de la pièce un petit ou un moyen fumigator.

On aère d'abord la chambre ; on ferme ensuite les fenêtres, on allume le fumigator et l'on se retire ; une demi-heure après, on aère de nouveau, on ferme les fenêtres et on fait rentrer le malade. Pareil assainissement doit être pratiqué dans la pièce où le malade a séjourné pendant la première opération.

Après la maladie, on fait une désinfection complète avec les gros fumigators.

Et cette façon de comprendre l'emploi du fumigator est logique.

Il ne s'agit, en effet, au cours de la maladie, que de purifier l'air ambiant de la pièce, de stériliser les poussières qu'il voiture. Les microbes qui ont été portés dans la profondeur des meubles, des étoffes, des papiers, y restent cachés et n'auront d'action nuisible qu'autant qu'on les en délogera en secouant les objets qui leur servent d'abri.

Un petit fumigator ou un moyen, suivant le cas, qui vaporisent l'un 6 gr. de trioxyméthylène, l'autre 12 gr., suffisent à l'effet proposé.

C'est que les vapeurs aldéhydiques sont ici produites très rapidement, en cinq minutes, qu'elles sont longues à se repolymériser et qu'ainsi leur totalité exerce son action microbicide.

Les travaux de M. le professeur A. Gautier ont démontré qu'une heure et demie après l'allumage du fumigator, l'air ambiant contenait encore les 45/100 du trioxyméthylène employé sous sa forme la plus active, c'est-à-dire sous forme de formol CH^2O non recondensé.

Ceux de M. le professeur Rappin ont démontré la puissance de l'action microbicide du fumigator sur les poussières.

*
* *

Nos confrères nous excuseront — que dis-je — ils nous approuveront d'avoir sans fausse honte désigné à leur attention un procédé qui nous semblait bon. Un critique — qu'il soit littéraire ou scientifique — ne doit jamais reculer devant ce sentiment vraiment incompréhensible et inexplicable : avoir l'air de faire de la réclame. Depuis que les journaux sont remplis de clichés, d'annonces, « d'histoires véridiques », etc., il semblerait qu'il fût interdit de désigner franchement à ses lecteurs l'invention, la découverte vraiment intéressante. C'est là une grave erreur contre laquelle on ne saurait trop s'élever, parce qu'elle ne tarderait pas à décourager les efforts généreux, les initiatives louables des inventeurs, de ces braves gens qui se dévouent et se sacrifient, souvent sans profits personnels, pour le progrès de la science et le bien-être de l'humanité.

Au surplus, notre étude critique demandait une conclusion ; nous l'avons donnée d'accord avec notre conscience ; nos confrères ne sauront que nous en louer : de cela nous sommes certains. *La Rédaction.*

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Sou Médical

Procès-verbal de la réunion du 25 septembre 1902.

A deux heures et demie, M. le Docteur Maurat, *président*, ouvre la séance.

Présents : MM. les Drs Maurat, président ; Lepage, vice-président ; Gassot, trésorier ; Jeanne, secrétaire général, Henri Cézilly, Gouffier, de Grissac, secrétaire, Mignon, et Me Gatineau, avocat-conseil.

M. le Dr Gairal, vice-président de l'Union des Syndicats de France, président du Syndicat médical des Ardennes, délégué des Syndicats médicaux de France au Conseil supérieur de la mutualité, assiste à la séance.

Excusés : MM. les Drs Le Gendre, vice-président, et Rousseau, syndic.

Le Dr Gassot, secrétaire, donne la liste des candidats qui se sont fait inscrire au Sou Médical depuis la dernière réunion et propose leur admission, qui est adoptée ; ce sont MM. les Docteurs :

798 Dr A. Augé, Pithiviers (Loiret).
799 Dr Subercaze, La Ferté-Alais (Seine-et-Oise).
800 Dr Castelbou, Cannes (Alpes-Maritimes).
801 Dr Pize, Quingey (Doubs).
802 Dr Boulle, Aubagne (B.-du-Rhône).
803 Dr Venassier, Dôle (Jura).
804 Dr Paquet, Douai (Nord).
805 Dr Deseuche, St-Aignan-sur-Raë (Mayenne).
806 Dr Corby, Paris.
807 Dr Aubrée, Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine).
808 Dr Hélouin, Alfortville (Seine).
809 Dr Bloch, Auxonne (Côte-d'Or).
810 Dr Vandeputte, Lille (Nord).
811 Dr Vermersch, Lille (Nord).
812 Dr Hamel, Carentan (Manche).
813 Dr Emery, Aups (Var).
814 Dr Rémon, Domfront (Orne),
815 Dr Bermondi, Nice (Alpes-Maritimes).
816 Dr Barge, Ussel (Corrèze).
817 Dr Lenoir, Paris, 85, rue des Saints-Pères.
818 Dr Lorain, Paris, 33, rue du Château-d'Eau.

819 Dr Griboval, Le Mesnil-Esnard (S.-Inf.)
820 Dr Soullard, Loudun (Vienne).
821 Dr Mermillod, Saclas (Seine-et-Oise).
822 Dr Rénon, Paris, 55, av. Montaigne.
823 Dr Mesnard, Paris, 18, rue du Val-de-Grâce.
824 Dr Perrin, Bezons (Seine-et-Oise).
825 Dr Gaymard, Puget-Théniers (Alpes-Maritimes).
826 Dr Flandrois, Lorient (Morbihan).
827 Dr Raoult, Vernon (Eure).
828 Dr Laborde, Le Kroub (Constantine).
829 Dr Joany, Cubjac (Dordogne).
830 Dr Tison, Neuvilly (Nord).
831 Dr Pech, Aubais (Gard).
832 Dr Moures, Mouzons (Ardennes).
833 Dr Rameau, Pamiers (Ariège).
834 Dr Deroude, Le Havre (S.-Infre.)
835 Dr Guitton, Saint-Calais (Sarthe).
836 Dr Kleczkowski, Grand-Fresnoy (Oise).
837 Dr Aslanian, Trilport (S.-et-M.).
838 Dr Roux, Saint-Gervais (Hte-Savoie).
839 Dr Bouzanquet, St-Germain-des-Prés (Loiret).
840 Dr Foucher, Argentan (Orne).
841 Dr Amblard, Manduel (Gard).
842 Dr de Kervéguen, Azerables (Creuse).
843 Dr Pascaud, Bonnat, (Creuse).
844 Dr Casanova, Bou-Tlélis, Oran.
845 Dr Stagienski, Saint-Etienne (Loire).

M. le Dr Gairal demande à notre conseil judiciaire des indications au point de vue de la procédure à suivre pour amener la réforme, en appel, d'un jugement de la justice de paix de Charleville, dans une affaire d'honoraires médicaux pour accident du travail.

M. Gassot, trésorier, donne l'exposé de la situation financière au 23 septembre :

1° Portefeuille, valeurs déposées à la Société générale :

15 obligations Lyon fusion, 2,5 % ..Fr.		6.352 50
2° Espèces { à la Société générale..	5.494 20	6.462 28
en caisse....	968 08	
3° Créance sur un sociétaire........		150 »»
Total...............Fr.		12 964 78

Ces renseignements donnés, M. le président donne la parole au Dr de Grissac, secrétaire, pour la revue des actes de la Société depuis la dernière réunion.

Rapport du secrétaire.

Messieurs,

Lorsque notre sympathique secrétaire général, M. le Dr Jeanne, m'a demandé de l'aider dans la tâche qu'il avait entreprise, j'avoue que j'ai été tout d'abord effrayé par l'importance du travail qu'il fallait fournir.

D'un autre côté, étais-je bien préparé à cette besogne de tous les jours ? et me serait-il possible de prendre, sur mon travail quotidien de médecin praticien, le temps nécessaire pour le mener à bien ?... Car il faut le dire et le répéter : le flot des affaires monte, monte toujours...

Mais une fois entré dans cette fonction, j'ai été saisi par une véritable passion; les questions soulevées tous les jours par les lettres de nos correspondants, sont intéressantes et tiennent l'attention et l'esprit si en éveil, que ce que je croyais devoir être une peine, une chose pleine d'ennuis, est une œuvre attrayante et captivante au possible ; mais il faut entrevoir un avenir prochain où il faudra demander de l'aide. Les bonnes volontés ne me feront pas alors défaut.

Ceci dit, je dois vous donner des renseignements sur les affaires en cours, dont la solution n'était pas encore survenue à la date de notre dernière réunion.

(Affaires en cours, le 15 mai)

D. 20. (*Dr A., à B.*) — Ce confrère, poursuivi en responsabilité pour un accident par l'ouvrier blessé, fut mis hors cause par le tribunal de 1re instance. La Cour d'appel s'est prononcée dans le même sens, a débouté l'ouvrier poursuivant et l'a condamné aux dépens ; mais il est insolvable et les frais retombent sur le confrère. Nous avons fait toutes les démarches nécessaires pour réduire ces frais au minimum, il y a 472 francs à payer : Je vous propose de les verser. (*Adopté.*)

D. 30. (*Dr B., à R.*) — Depuis notre dernière réunion, le Tribunal a désigné un de nos confrères comme arbitre expert. Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'une note d'honoraires à l'occasion d'un accident du travail. Grâce à cette intervention, une transaction est survenue à la satisfaction des parties. — Nous avons chaleureusement remercié le Dr C., de Pontoise, de son confraternel concours.

D. 74. (*Dr P., à N.-l.-G.*) — Réclamation d'une somme de 364 fr. d'honoraires devant le Tribunal civil ? Nous sommes sans nouvelles.

D.59. (*Dr D., à N.*)—On nous écrit à la date du 1er juin : « une transaction est intervenue, je compte arriver à toucher 450 fr. sur 771. » Il s'agissait de recouvrement d'honoraires soulevant des cas délicats de responsabilité d'honoraires. Me Gatineau, avec sa compétence ordinaire, a muni notre confrère d'armes sérieuses pour défendre ses intérêts ; il paraît satisfait.

D. 60. (*Dr D., à V.*) — C'est une affaire de remplaçant ne tenant pas compte des engagements souscrits et prenant la place et la clientèle du confrère. Un premier jugement avait été favorable au confrère remplacé. Poursuivi en appel, la Cour a confirmé le 1er jugement et condamné le remplaçant à payer 1000 fr. pour non-exécution de son engagement et 4000 fr., d'indemnité au confrère remplacé. Ce dernier s'est engagé à rembourser à notre caisse tous les frais faits par le Sou Médical à son sujet.

D. 90. (*Dr L., à J.*) — Pas de nouvelles depuis le mois de mars.. ?

D. 71 (*Dr P., à B.*) — Ce confrère poursuivait en recouvrement d'honoraires le patron d'un ouvrier blessé pendant qu'une instance existait entre l'ouvrier et le patron. Ce dernier, plaidant qu'il n'était pas responsable de l'accident, notre confrère a été débouté de sa demande et condamné aux dépens, sa demande étant prématurée. — Sous réserve de ses droits ultérieurs.

D. 120. (*Dr R., à la F.*). — 7 juin. (Rien de nouveau.)

D. 113. (*Dr S., à la G.*) — Affaire terminée. Notre trésorier a envoyé 125 fr.

D. 107. (*Dr V., à N.*) — L'affaire est devant le Conseil d'Etat.

D. 40. (*Dr D.*) — *Deux affaires.*

Accident du travail. — Poursuite du patron en agissant en vertu des droits de l'ouvrier. — Ac-

tion oblique. Jugement favorable. — Suivons en appel.

D. 55. (*Dr D. à F.l.-C.*) — Cession de clientèle, le cédant n'agissant pas de façon très régulière. — *Le confrère* écrit, à la date de juin 1902 : « Sous l'influence du Sou et devant la menace d'agir judiciairement tout semble rentrer dans l'ordre.

D. 54. (*Dr D., à C.*) — Rien de nouveau.

D. 14. (*Dr C., à B.*) — Sur avis favorable de notre Conseil judiciaire nous avons autorisé notre confrère à poursuivre en justice de paix un recouvrement d'honoraires de médecin d'hôpital. — Nous tenons le bon bout. (*Réserve pour aller en appel.*) Le jugement favorable a été publié au nº 25 du *Concours*.

D. 42. (*Dr G. à M*). — Honoraires de médecin d'hôpital, acc. du travail, gagné en justice de paix, perdu en appel ; le cas ne se présente pas très favorable pour aller en Cassation. — Nous ne suivrons donc pas devant cette juridiction. J'ai envoyé l'état des frais à notre trésorier.

D. 48. (*Dr G., à V.*). — Nous aidons le confrère dans ses revendications devant la justice de paix de Paris et désignons un agent d'affaire spécial pour ces instances de peu d'importance, moyennant un droit de 20 % sur les sommes recouvrées ; tous les frais en plus. Je soumets cet engagement à votre approbation. *Approuvé*.

D. 28. (*Dr B., à C.*). — Solution favorable annoncée par lettre du 25 mai. Il s'agissait d'un règlement d'honoraires avec la *Zurich*. — 395 contre 150, *Zurich*. Règlement à 180 fr. tarif Jeanne.

D. 6. (*Dr R.*) — Réclamation d'honoraires sans intérêt général. Notre confrère a confié la défense de ses intérêts à notre conseil judiciaire.

D. 92. (Dr *L., B. à B. à P.-d'O.*) — Résultat favorable au confrère.

D. 105. (*Dr V., à C.*) — Ce confrère a obtenu un jugement de juge de paix favorable. Un procès en réclamation d'honoraires (acc. du trav.) La Cie veut payer, mais en déduisant les droits de timbre et d'enregistrement indûment perçus. Le « Sou » ne suit pas cette nouvelle instance que notre confrère poursuit à ses risques et périls avec consultation motivée de Me Gatineau, notre conseil.

D. 119. (*Dr R. à M.*) — Nous avons perdu le procès soutenu par ce confrère. Nous payons les frais. C'était la révocation sans délai, sans motif, d'un médecin sanitaire maritime.

D. 109. (*Dr T. à M.-en-L.*) — Procès en recouvrement d'honoraires (accidents du travail). Nous avons fourni tous renseignements utiles, conclusions, expertise de note, etc. — Affaire terminée par un jugement de justice de paix, accordant demi-satisfaction. Le prix des certificats délivrés à l'occasion des accidents du travail a été fixé par le magistrat à un taux inférieur à celui généralement admis par nos sociétés.

D. 64. (*Dr H. à P.*) — Notre confrère a succombé dans son procès en responsabilité d'un certificat médical délivré à l'occasion d'une demande en divorce. Suivant nos engagements antérieurs, nons aidons notre confrère, et notre caisse se met à sa disposition pour supporter une partie des frais qui lui incombent, et honorons son avocat.

D. 91. (*Dr L. à B. Alg.*). — Ce confrère, poursuivi en appel pour responsabilité d'une opération qu'il n'avait pas faite, vient d'être acquitté. — Son adversaire, indigent, sollicite l'assistance judiciaire pour recours en Cassation. Il y a là un véritable chantage exercé contre notre confrère. Nous étudions les moyens afin d'empêcher cet abus de citation et protestons contre la facilité trop grande avec laquelle l'assistance judiciaire a été accordée.

Affaires nouvelles.

Droits du médecin. — Successions. — Secret médical. — Prescription. — Privilège. — Saisie de traitement. — Imposition des maisons de santé. — Engagements, moyens de s'en dégager.

D. 23. — 12 août 1902. — Nous avons répondu à notre confrère, qui nous consultait sur le point de savoir ce que devenait le privilège du médecin dans une saisie d'immeubles, faite à l'occasion d'un prêt hypothécaire, que le privilège du médecin ne s'étend aux immeubles qu'en cas d'insuffisance ou à défaut de meubles.

D. 135. — 14 juin 1902. — Demande de renseignements pour produire sa note d'honoraires (femme d'un failli, *quid* du privilège ?). Me Gâtineau a donné une consultation sur l'extension du privilège de dernière maladie aux soins donnés à la famille du débiteur ; cette extension n'est pas admise par la jurisprudence.

D. 138. — 18 janvier 1902. — Le Dr demande conseil à l'occasion d'un recouvrement d'honoraires dus pour soins donnés à fille mineure, non mariée, la veuve continuant le commerce. — Me Gâtineau a répondu.

D. 7. — 24 mai 1902. — Le confrère a reçu de Me Gâtineau une consultation juridique précisant ses droits dans une succession au point de vue d'un recouvrement d'honoraires.

D. 172. — 4 août 1902. — Réclamation d'honoraires après décès d'un commerçant. La veuve a accepté la liquidation ; elle demande le détail de sa note ; *quid* au point de vue du secret médical ? Rép. Faites note détaillée. Si justification est demandée, montrez vos *carnets journaliers* avec certaines précautions pour éviter des indiscrétions possibles vis-à-vis des tiers ; — faites-le en présence du juge par exemple, mais ne les confiez jamais aux intéressés eux-mêmes.

D. 185. — 20 août 1902. — *Quid* de la dette pour soins médicaux des conjoints séparés de biens ?

Ces honoraires sont dus solidairement, art. 212, du C. C.

D. 154. — 19 juillet 1902. — Un fils, au cours de la maladie de son père gêné, prend l'engagement par lettre « que le médecin n'aura aucune difficulté pour le règlement de ses honoraires. » Il règle, du vivant de son père, une partie de ces honoraires. — Le père mort, il renonce à la succession et ne veut rien entendre. Me Gatineau a documenté ce confrère en vue de poursuites qu'il conseille, tous les droits étant du côté du médecin. L'engagement pris étant absolument valable, le fils doit payer pour bien d'autres raisons, il est tenu des *dettes alimentaires*, etc.

D. 104. — 2 juillet 1902. — Honoraires du médecin. Soins donnés à la donataire. La légataire universelle a renoncé aux legs particuliers qui lui étaient faits, mais a bénéficié d'une donation entre vifs avec obligation de faire le nécessaire pour la donataire. — La légataire doit les soins, avons-nous répondu par l'entremise de Me Gatineau, notre avocat-conseil.

D. 202, 164, 203. — 8 juillet 1902. — Notre conseil judiciaire a été consulté sur un cas de prescription d'honoraires dus par un mineur dont le père a été destitué de la tutelle.

D. 191. — 10 sept. 1898. — Le Dr écrit : « Pour éviter la prescription, n'y aurait-il pas possibilité de faire signer des billets à échéance ».Nous avons répondu que les billets à échéance perdaient leur caractère de dette médicale et avaient des inconvénients s'ils n'étaient pas renouvelés à l'échéance ; qu'il vaudrait mieux, dans ce cas, faire signer des reconnaissances de dette. La présence de ce titre, entre les mains du créancier, étant une présomption de non-paiement, la prescription ne pourrait être invoquée sans preuve de règlement. Avons envoyé une formule.

D. 360. — 15 août 1902. — Ce confrère nous demandait des conseils pour un recouvrement d'honoraires : il s'agissait de la femme d'un instituteur, sage-femme. Cette cliente avait l'intention d'invoquer la prescription. Nous avons conseillé de poursuivre sans attendre que la note entière soit prescrite.

D. 786. — 4 sept. 1902. — Du privilège de dernière maladie. On oppose à notre confrère une consultation de notaires tendant à la diminution de sa note d'honoraires.

Nous lui avons envoyé une consultation très motivée s'appuyant sur les maîtres de la doctrine. MM. Baudry-la-Quantinerie et Verniol, donnant comme doctrine sûre, en face de l'incertitude de la loi, qu'il faut entendre par frais de dernière maladie tout ce qui n'est pas atteint par la prescription ; et dans les maladies chroniques, 2 ans, loi du 30 nov. 92.

D. 173. — 6 août 1902. — De la saisie des honoraires du médecin d'hôpital, de l'assistance médicale gratuite, du bureau de bienfaisance.

Me Gatineau a renseigné ce confrère.

D. 156. — 19 juillet 1902. — *Quid* de l'imposition au droit de licence des débitants de boisson, des maisons de santé tenues par des docteurs.

La Préfecture de la Seine dit la taxe non applicable.

Jugement T. L., disant la même chose.

Trasmis ces renseignements à notre confrère, qui plaide.

D. 142. — 20 juin 1902. — Ce confrère nous demande comment se dégager de l'engagement pris par lui de soigner des malades ou blessés d'une entreprise.

Nous avons répondu :

Si accidents de travail, démission pas de délai, en s'abritant de la loi du 9 avril 98.

Si maladies, 2 cas à prévoir :

Considérez les ouvriers comme seuls responsables de vos honoraires et prévenez-les ; pas de délai.

Si les ouvriers tiennent à rester sous le régime ancien et que vous ne soyez pas payé par eux, donnez au patron le temps d'assurer le service médical.

Responsabilité médicale.

D. 9. — 27 mai. — Un pharmacien délivre à un enfant en bas âge un sirop opiacé qui a failli amener la mort. Le Dr avait prescrit *sirop pectoral.* Devant les diffamations du pharmacien, le confrère voulait porter plainte. Nous l'en avons dissuadé, les parents de l'enfant ne voulant pas se porter partie civile, et en somme son ordonnance étant irrégulière ; le sirop pectoral n'existant pas au Codex, sous cette appellation. Cependant nous lui avons dit les précautions qu'il avait à prendre pour se défendre ultérieurement contre les attaques de ce pharmacien très tourmenté du *prurigo medicandi*, affection presque endémique dans le corps pharmaceutique.

D. 129. — Juin 1902. — Nous avons offert l'appui moral du *Sou Médical* à ce jeune interne des hôpitaux poursuivi par le mari d'une malade qui, à la suite d'injection de sérum post partum, avait eu de la gangrène de la peau. Me Gatineau a donné des conseils. L'affaire est en bonne voie.

D. 147. — Mai 1902. — Responsabilité pour le fait de non-déclaration de maladie contagieuse. Nous avons répondu : couvrez-vous en invoquant l'incertitude de votre diagnostic et attendez les événements.

D. 162. — Le confrère nous écrit et nous envoie des documents relatifs à un jugement qui condamne son fils pour homicide par imprudence.

Empoisonnement par des crayons utérins au sublimé insuffisamment formulés.

Le pharmacien a préparé des crayons contenant une dose toxique. La femme est morte dans les 24 heures.

Notre confrère nous demande avis sur appel possible. Il manque au dossier le texte et les attendus du jugement ; nous en réclamons l'envoi par retour du courrier. Nous ne pouvons donner un avis motivé sans cette importante pièce.

D. 199. — Août 1902. — Ce confrère nous a communiqué tout un dossier de procédure devant la justice de paix — demande reconventionnelle de dommages et intérêts — opposition et réclamation d'honoraires, — appel, enquête, etc., et enfin, par où il eût fallu commencer, expertise confiée à un confrère.

S'il eût été du *Sou* ? il promet d'y souscrire aussitôt la solution de son affaire.

Recouvrements d'honoraires après accidents collectifs. Tramways, chemins de fer.

D. 169. — Août, fin juillet. — Accident de tramway, nombreux blessés. — Honoraires des médecins et pharmaciens. Dans le jugement fixant les indemnités aux sinistrés, le Tribunal a *donné acte* de l'engagement pris par la Cie d'assurance l'*A.* de payer les frais médicaux et pharmaceutiques. La Cie a transigé avec plusieurs des médecins et ne fait aucune démarche pour payer les autres, ou bien fait des offres insuffisantes.—Formez syndicat de créanciers et poursuivez après avoir fait approuver vos notes par les débiteurs blessés

D. 181. — 10 août 1902. — Notre confrère m'écrit pour tâcher de faire modifier la façon de faire des Cies de chemins de fer vis-à-vis du médecin lorsqu'il s'agit du règlement des honoraires qui leur sont dus pour des soins donnés à des voyageurs blessés dans un accident de chemin de fer. Sans se préoccuper des honoraires qui sont dus, les Cies règlent les indemnités aux voyageurs blessés qui aussitôt guéris se dispersent sans payer. M. le médecin-chef des chemins de fer de l'État a pris bonne note de nos doléances et espère que l'Administration prendra dorénavant des mesures de nature à donner satisfaction à de si légitimes désirs.

Secret médical.

D. 160. — 26 juillet 1902. — Secret médical. Demande de conseils dans un cas de déposition devant un tribunal. Nous avons donné les indications nécessaires pour guider ce confrère dans la conduite à tenir, nous inspirant de la consultation donnée par Me Gatineau à A. d'Abbertville et du jugement du tribunal de cette ville sur le *Secret médical*.

D. 21. — 16 juillet 1902. — Ce confrère, cité devant le tribunal pour témoigner à l'occasion d'un décès survenu à la suite d'un accident du travail, demandait à notre conseil judiciaire de lui préciser les limites du secret médical. Dans une consultation magistrale, Me Gatineau a défini le rôle du médecin dans ses rapports avec la Justice et dit que le secret ne devait s'appliquer qu'aux *faits secrets de leur nature*. Cette consultation a été publiée au *Concours*. Notre confrère nous a communiqué un jugement unique dans la matière, qui fixe les points de droit conformément à l'avis formulé par notre avocat-conseil. Ce jugement a été également publié par le *Concours*.

D. 133. — 9 juin 1902.— Ce confrère provoque de Me Gatineau une consultation magistrale au point de vue du secret médical des pièces et certificats médicaux soumis à la légalisation des maires. Cette consultation a été publiée au *Concours*.

D. 196. — juillet 1902. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés à officier anglais retour du Transwaal. Cet officier en partant paie en chèques qui sont refusés à présentation. Escroquerie. Les renseignements que nous avons pris conduisent à confier les poursuites à la voie consulaire.

D. 134. — 9 juin 1902. — Demande de renseignements sur assurances de créances médicales ? Nous avons indiqué l'Assurance commerciale, rue Lepelletier 18, Paris.

D. 144. — 5 juillet 1902. — Recouvrement d'honoraires. Le confrère a chargé Me Gatineau de ses intérêts. Nous avons expertisé sa note.

D. 37. — 9 juillet. — Nous avons promis notre appui moral à ce confrère, que la mauvaise foi d'un débiteur, à l'occasion de soins médicaux, jette dans le maquis de la procédure. Me Gatineau pense obtenir un résultat favorable sans être obligé d'aller devant la Cour d'appel. Le secours de notre caisse n'interviendrait que dans ce dernier cas.

D. 157. — 24 juillet. — Nous avons expertisé une note d'honoraires confiée à notre examen et en avons approuvé les chiffres d'après le tarif Jeanne.

D. 31. — 25 juillet. — Le confrère nous communique les pièces d'un procès en recouvrement d'honoraires qu'il intente à la succession d'un client décédé et nous prie d'expertiser sa note, ce qu'a déjà fait le syndicat de la région. Nous donnons de grand cœur à ce confrère l'appui moral qu'il nous demande. Il a obtenu satisfaction.

D. 201, 131. — 12 juin 1902. — Nous a demandé d'expertiser une note d'honoraires que conteste un client récalcitrant. Au vu de notre expertise, le client s'est immédiatement exécuté.

D. 141. — 11 juin 1902. — Consultation pour établir une note d'honoraires. Nous avons répondu d'établir la note suivant les bases du tarif Jeanne, elle sera inattaquable.

D. 167. — 1er août 1902. — Ce confrère a pratiqué une laparotomie en province. Il a parcouru 1800 kilom., a fourni les objets de pansements, et présenté une note d'honoraires de 2.500 fr. Décès. La belle-sœur offre 1.500, la sœur, qui habite Paris, 1.200. Action engagée en dehors du « Sou ». Le tribunal a réduit la note à 1800 fr.

Pressé par le délai, ce confrère désire interjeter appel, et demande l'appui du « Sou ». Renseignements pris, la succession du défunt étant très modeste, nous donnons le conseil de ne pas aller plus loin.

Honoraires en matière de police municipale et de médecine légale.

D. 200,110. — 6 août 1902. — Nous avons expertisé un mémoire d'honoraires pour expertise criminelle. Ce mémoire avait été retourné par le Parquet général, qui prétendait que les chiffres étaient exagérés. — Nous avons démontré que notre confrère, non seulement n'avait pas exagéré son mémoire, mais n'avait même pas réclamé tout ce qui lui était dû. L'erreur du Parquet résultait de ce qu'il n'avait été tenu aucun compte des modifications apportées au décret de 1811 par le règlement d'administration publique de novembre 1893.

D. 170. — 2 août 1902. — Requis par un maire pour constater un décès sur la voie publique comment agir pour se faire payer ? Quel tarif applicable ?

Le tarif de 1811 modifié par le règlement d'administration publique de novembre 1893, dit le tarif criminel, également applicable aux cas de police.

D. 139. — 26 juin 1902. — Nous avons donné à notre confrère tous les renseignements utiles pour le recouvrement de ses honoraires d'expert devant les tribunaux. Ayant négligé de se faire payer en temps utile, Me Gatineau lui a indiqué le moyen de faire valoir ses droits en faisant des démarches auprès du Parquet général et une pétition au Ministère de la justice.

Syndicats.

D. 137. — 21 juin 1902. — Conditions dans lesquelles les médecins peuvent se lier solidairement, avec sanctions pénales à faire ou ne pas faire telle ou telle chose. Si l'obligation contractée ne comporte qu'une seule partie intéressant la profession, elle est soumise au droit commun. Elle ne l'est plus si elle embrasse toutes les parties professionnelles ; en un mot, si elle devient un syndicat déguisé. La loi sur les syndicats ayant déclaré que le syndicataire pouvait, quand bon lui semble, se retirer du groupe, à la seule obligation d'avoir payé sa cotisation échue.

D. 132. — 9 juin 1902. — De la sanction syndicale, sa durée ? Me Gatineau a fourni une note sur ce sujet.

D. 136. — 15 juin. — Ce confrère nous écrit pour nous demander des renseignements sur les attributions des divers membres du bureau d'un syndicat, en particulier des Syndics ? — Nous avons donné les renseignements demandés.

Les syndics, membres du bureau, ont une action directe sur les divers groupes d'un syn-

dicat, ils sont les intermédiaires entre les membres de ces groupes et le bureau.

Assistance médicale gratuite.

D. 67. — 18 août 1902. — Le tarif de l'assistance médicale gratuite est-il applicable aux enfants assistés ? — Nous avons répondu que nous le pensions, conformément à l'avis de la préfecture (Finistère).

D. 203,164,202. — 2 juillet. — Un maire empêche les malades de l'A. M. G. de faire venir le docteur B... Y a-t-il possibilité de faire cesser cet abus ?

Me Gatineau a donné tous les renseignements nécessaires. Le maire, le plus souvent, agit comme mandataire du Conseil municipal et est couvert par une délibération. De là la difficulté de le poursuivre comme personnellement responsable.

D. 13. — 14 juin 1902. — Recouvrement d'honoraires pour soins à des indigents. A. M. G. Notre confrère le Dr H. Cézilly a fait les démarches au ministère près de M. Rondel et du chef de bureau. Les mesures seront prises pour le paiement. Le confrère a reçu satisfaction rapide.

Sociétés de secours mutuels.

D. 127. — Difficulté avec une Société de secours mutuels. Ce confrère, renvoyé sans plus d'explication, réclame l'exécution de l'engagement annuel. — Les membres de la Société qui lui sont restés fidèles sont mis par la société dans l'obligation de payer leur médecin. Nous avons répondu : « Votre forfait annuel doit expirer à la fin de l'année. Votre contrat est réciproque. — Quant aux sociétaires, ils ont droit de poursuivre en partie l'exécution des conventions. » En juin, ce confrère m'écrivait que le Syndicat médical de la région conseillait les poursuites. Mais la venue d'un confrère jeune et inexpérimenté fait le jeu des sociétés. — C'est là une des conséquences de l'isolement médical de l'étudiant. — Ce confrère demande l'appui du « Sou » pour soutenir son procès. (*Accordé.*)

D. 168. — Le Syndicat des médecins d'Alger nous demande conseil au sujet du renvoi d'un médecin qui n'accepte pas la réduction de sa note d'honoraires. — A-t-il droit à une indemnité ?

Nous avons répondu que les médecins étaient considérés par les sociétés de secours mutuels comme leurs hommes liges et qu'elles avaient le droit de leur accorder ou refuser leur clientèle sans indemnités. Jurisprudence jusqu'à ce jour peu favorable aux médecins.

La loi-accidents n'est pas promulguée en Algérie. De là des bassesses pour acquérir les clientèles des sociétés. Tâchez d'en hâter la promulgation auprès des pouvoirs publics, des députés et sénateurs de la Colonie.

D. — 9 juillet. — Notre confrère fait opérer d'un appendicite un membre d'une société de secours mutuels. Cette société vote une somme de 100 fr. pour l'opération et se refuse à payer quoique ce soit pour les soins donnés par le confrère à la suite de l'intervention, les cent francs votés ayant été absorbés par le chirurgien opérateur.

Nous avons envoyé une consultation motivée de notre conseil judiciaire et l'avons engagé à plaider.

Exercice irrégulier de la médecine et exercice illégal par les pharmaciens.

D. 125. — Ce confrère nous fait part d'un cas d'exercice tout au moins irrégulier de la médecine par un docteur qui va de ville en ville créant des cliniques pour l'exploitation d'un procédé guérissant la tuberculose ? Une enquête a démontré que ce confrère s'était aussi entendu avec une grande maison de vente à crédit pour assurer les soins médicaux et les opérations chirurgicales, par des bons, payables d'avance pour la moitié et recouvrables pour l'autre moitié dans une période de temps déterminée. Procédé commercial que nous vous laissons juge d'apprécier, mais qui n'est pas encore entré dans nos mœurs.

D. 192 — 7 septembre 1902. — Ce confrère se fait remplacer en ville par un étudiant muni de l'autorisation préfectorale et ayant la scolarité suffisante.

Le Procureur de la République émet la prétention de ne pas tolérer ce remplacement si le confrère voit lui-même des malades en ville ; un médecin ne pouvant se faire remplacer dans ces conditions qu'en temps d'épidémie. Interprétation de l'art. 4 de la loi du 30 nov. 1892.

D. 158. — Me Gatineau a donné une consultation à l'occasion de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

D. 161. — 24 juillet. — Un syndicat nous consulte sur un cas d'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie par un pharmacien. Il y a plainte de la partie lésée. Nous avons conseillé de laisser poursuivre et se porter partie civile aux débats. Le « Sou » a donné les conseils de procédure et n'interviendra pas pécuniairement.

D. 153. — 16 juillet. — Un pharmacien exerce illégalement la médecine ; les cas sont nombreux et évidents ; notre confrère commence des poursuites que fait cesser l'intervention du conseil municipal. Le pharmacien prend l'engagement de ne plus recommencer (jusqu'à la prochaine fois).

D. 190. — 4 septembre 1902. — Le confrère se plaint d'un pharmacien qui n'exécute pas avec exactitude, quant aux substances, les médicaments prescrits. Le parquet marche avec lenteur. « *Pena pede claudo* ». Ce confrère n'est pas du « Sou », nous lui avons écrit lui donnant des conseils pour hâter la marche de cette affaire. Faire intervenir les tiers et les faire se porter partie civile.

D. 198. — 14 août 1902. — Nous n'avons pas encouragé ce confrère à poursuivre directement un pharmacien pour exercice illégal de la médecine. Nous lui avons conseillé l'intervention du Syndicat. Ce que le secrétaire de ce Syndicat a promis de faire.

D. 149. — 14 juillet 1902. — Exercice illégal de la médecine par un pharmacien. Conseils.

D. — 13 juillet 1902. — Que faire vis-à-vis d'un pharmacien insuffisant, non diplômé, ne connaissant pas la langue française ? Nous avons répondu :

Faites vous-même la pharmacie, si vous êtes poursuivi, nous vous soutiendrons.

Accidents du travail.

D. 8. — 16 mai 1902. — Recouvrements d'honoraires de chirurgien dans accident du travail. Le chirurgien désigné et choisi avec l'approbation

tacite de la Société d'assurance par le médecin de cette Société. — Donné conseils pour procéder et poursuivre le patron devant le Juge de Paix.

D. 126. — 22 mai. — Médecin forfaitaire d'une Société d'Assurances, il réclame sa note d'honoraires pour accidents du travail. Quel est le tribunal compétent. Celui de l'agence générale du M..., ou celui du siège social ? L'affaire, introduite au M., a été appelée, et renvoyée après vacation ; la question d'incompétence n'a pas été soulevée par les adversaires, mais elle peut encore se produire, aucunes conclusions n'ont été déposées par les défendeurs.

D. 4. — 26 mai. — Nous avons été consultés sur le recouvrement d'une note d'honoraires (accident du travail) et rapports avec une compagnie d'assurances qui marchande toujours au médecin le taux des honoraires légitimes qu'il réclame.

D. 151. — 31 juillet 1902. — Difficulté de recouvrement d'honoraires. (Accidents du travail) avec Cie d'assurances.

Répondu : Rien à faire auprès des compagnies d'assurances, poursuivez le patron.

D. 128. — 11 juin 1902. — Difficultés pour recouvrement d'honoraires (accidents du travail). La Société d'assurances ne veut pas payer parce qu'elle a un médecin. — Le « Sou » vous soutiendra, avons-nous répondu. — Me Gatineau préparera assignation. — Le confrère a obtenu gain de cause.

D. 165. — Ce confrère nous communique un jugement du Juge de Paix de Marennes qui se déclare compétent en vertu de l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898 pour juger des honoraires du médecin supérieurs à 200 fr., le médecin ayant donné des soins au blessé à l'hôpital. La société (*la Zurich*) a payé sans faire juger au fond.

Nous avons très chaleureusement remercié ce confrère de sa communication intéressante, tout en manifestant le regret qu'il ne soit pas adhérent au « Sou médical ».

D. 174. — 7 août 1902. — Ce confrère poursuit un patron en recouvrement d'honoraires devant le juge de Paix.

La compagnie d'assurances ne veut pas payer les certificats 5 francs, elle offre 3 francs. Le juge la condamne à payer 4 francs. Si appel possible, le « Sou » soutiendra moralement de ses Conseils. Le syndicat paiera les frais de procès. Ce docteur n'est pas membre du « Sou médical ».

D. 171. — Ce confrère nous communique un jugement du tribunal de paix de Mézières fixant le prix des certificats délivrés à l'occasion des accidents du travail à 4 francs. Me Gatineau consulté dit qu'il est possible de poursuivre, en appel, la réforme de ce jugement si contraire à la jurisprudence que le corps médical tend à faire prévaloir sur ce point.

D. 166. — Ce confrère nous communique des pièces intéressantes montrant l'action des compagnies d'assurance-accidents, pour détourner les ouvriers des médecins choisis par eux ou même par leurs patrons, s'ils ne sont pas agréés par les compagnies d'assurances. — Le patron, dans la circonstance, était d'une naïveté telle qu'il eût été « *dur* » de le poursuivre en détournement de clientèle. Nous avons, avec l'autorisation du confrère, transmis ce document à notre confrère, le Dr Diverneresse, qui l'utilisera dans ses Conférences aux ouvriers.

D. 189. — Septembre 1901. — Ce confrère nous signale un cas de détournement de clientèle par une Compagnie d'assurances, nous lui conseillons de poursuivre devant le juge de paix en réclamant des dommages et intérêts.

D. 178. — 7 août 1902. — Détournement de client blessé (accidents du travail) par le patron à l'instigation de la compagnie d'assurances. Ce confrère n'est pas membre du « Sou Médical ». Nous avons donné des indications de procédure et conseillé de citer le patron et l'assurance en dommages et intérêts.

D. 40. — 7 août 1902. — Notre confrère, avec l'appui du Syndicat des médecins de la Seine, du « Sou Médical » et de l'Union des syndicats, fait poursuivre en détournement de clientèle, un industriel qui exerce pression sur ses employés en les adressant au médecin de l'assurance. Cette affaire a fort ému nos confrères liés par des forfaits aux sociétés. Nous attendons avec impatience les résultats de ce conflit, gros de conséquences et qui jette un trouble dans la tranquille jouissance des médecins forfaitaires qui se laissaient volontiers rabattre les clients imposés à leurs soins.

D. 131, 201. — 12 juin 1902. — Difficulté avec Société d'assurances-accidents, détournement de clientèle (accidents du travail) par un patron à l'instigation de l'assurance.

D. 180. — 13 août 1902. — Ce confrère nous communique un jugement du 17 mai 1902, déboutant de leur demande d'honoraires, pour soins donnés à l'hôpital à un ouvrier blessé accidentellement à la gare du chemin de fer du Midi, deux membres d'un syndicat. *Quid* de l'appel ?

Il est absolument regrettable que des confrères, agissant isolément, viennent, par des jugements malencontreux, faire modifier le courant que nous cherchons à établir pour amener aux médecins des hôpitaux les honoraires que leur doivent régulièrement les clients aisés qui reçoivent accidentellement des soins. L'appel est impossible d'après l'avis de M. Gatineau.

D. 105. — 28 mai 1902. — Recouvrement d'honoraires du médecin d'hôpital. Accident du travail. Réclamation au patron devant le juge de paix, conclusions de Me Gatineau, jugement favorable.

Frais. La société d'assurance conteste et ne veut pas payer les frais de timbre et d'enregistrement des pièces introductives d'instance, ces frais ayant été indûment perçus. Me Gatineau a donné des conclusions défavorables aux prétentions de l'assurance, mais notre société ne considérant pas le point particulier comme très important, conseille à notre confrère de poursuivre seul cette affaire à ses risques et périls.

D. 11. — 30 mai. — Accident du travail. Notre confrère nous consultait pour le recouvrement d'une note d'honoraires de 395 francs, soins donnés à un ouvrier agricole couvert par une assurance-accidents et soigné à l'hôpital.

Nous avons expertisé la note, réduite à 310 fr. d'après le tarif Jeanne, conseillé au confrère de la réduire encore pour rester dans la compétence du juge de paix (aller devant le tribunal civil eût été trop gros jeu), et exprimé nos regrets de ne pouvoir le soutenir pécuniairement, le cas

n'étant pas favorable. Nos efforts tendent à faire modifier un état de choses très préjudiciable au corps médical ; de là, au début, la nécessité de choisir les cas particuliers qui offrent le plus de chance de succès.

D. 10. — 29 mai. — Ce confrère nous demande s'il avait chance d'obtenir le paiement pour soins donnés à un ouvrier *malade* que son patron, ne pouvant faire soigner chez lui, faisait transporter à l'hôpital. — Nous avons répondu qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre, l'obligation pour le patron de payer les honoraires du médecin pour soins donnés à son domestique n'étant pas écrite dans la loi et résultant d'usages et de précédents.

D. 163. — 29 juillet 1902. — Accident du travail. — Une assurance refuse le paiement de la totalité des honoraires, sous prétexte que l'assuré ne s'est assuré que pour un maximum de 50 francs.

Poursuivez le patron avons-nous répondu. Cette menace de poursuite et la promesse de l'intervention du « Sou Médical » a fait que la compagnie d'assurances s'est immédiatement exécutée.

D. 151. — 31 juillet. — Difficultés pour recouvrement d'honoraires (accidents du travail) avec assurances. Conseils demandés.

Poursuivez le patron, rien à faire avec les sociétés d'assurances. Le confrère a obtenu gain de cause.

D. 150. — 18 juillet 1902. — Note d'honoraires (accident du travail) contestée par assurance ac.. — Cette note, expertisée par le « Sou » et le Syndicat des médecins de la Seine qui ont confirmé la juste réclamation, a été transmise au confrère. Résultat favorable.

D. 25. — 13 juillet 1902. — Ce confrère, se voyant marchander des honoraires (accident du travail) par une compagnie d'assurances-accidents, reçoit un engagement de la Société faisant droit à sa demande. Mais lorsqu'il s'est agi d'appliquer la même règle aux autres confrères de la région, la société d'assurances n'a plus voulu rien entendre, prétendant que son acquiescement à la prétention de M. le Dr B... était personnelle et ne devait pas s'étendre aux autres confrères.

Avec l'aide de Me Gatineau, qui nous a documentés sur ce point de droit, nous avons obtenu gain de cause, la société d'assurances a capitulé.

D. 194. — 8 septembre. — Un patron adresse un *blessé* à notre confrère avec cette note : « Pour votre gouverne, c'est le blessé qui doit effectuer le paiement des honoraires dus au médecin ».

Au moment du règlement, l'ouvrier se refuse au paiement, que faire ?

Assigner solidairement le patron et l'ouvrier devant le juge de paix, ils s'expliqueront. La loi du 9 avril met les frais médicaux à la charge du patron seul.

D. 183. — 4 septembre 1902. — Ce confrère nous communique une lettre de la société d'assurances accidents la *Winterthur* qui, en face de confrères unis et solidarisés pour la défense de leurs droits, passe par toutes les gammes de la lyre, flatteries, objurgations, menaces, supplications, plaintes, même la perspective de la venue d'un confrère concurrent. Nous avons remercié ce confrère de sa communication des plus intéressantes et avons encouragé ce groupe, en attendant la capitulation prochaine de la société aussi étrange qu'étrangère.

Divers.

D. 148. — Juillet 1902. — Le médecin qui s'inscrit au « Sou médical » ne s'assure qu'individuellement. S'il fait figurer la dépense au compte du Syndicat, il ne doit pas laisser croire que, de ce fait, le Syndicat tout entier est assuré.

D. 155. — 21 juillet 1902. — Ce confrère nous a consultés sur la valeur d'engagements pris vis-à-vis de lui par des maires de communes où il a été appelé.

Ces engagements n'ont aucune valeur s'ils ne sont acceptés par délibération des conseils municipaux et revêtus de l'approbation préfectorale.

D. 197, 105. — Juin 1902. — Plainte contre une employée de la poste qui a détourné des pièces de procédure et en a retardé l'envoi. — Satisfaction a été accordée au confrère par réprimande de la postière coupable. — Conseil de se contenter de cette sanction, l'acte en somme n'a pas porté préjudice.

— Le confrère a renoncé aux poursuites.

D. 17. — Mai 1902. — Bons conseils de déontologie et indications juridiques ont été donnés par Me Gatineau à un confrère jeune et à tendances irrégulières.

D. 177. — 10 août 1902. — Ce confrère, sachant notre organisation, nous a demandé une consultation juridique de Me Gatineau sur une question de recouvrement de créance de l'hôpital dont, comme maire, il préside la commission administrative.

Notre conseil judiciaire s'est mis à la disposition de ce confrère et lui a fourni la consultation demandée.

Un peu de statistique pour finir ce long procès-verbal.

Nous avons enregistré au secrétariat du « Sou médical » depuis le 15 mai dernier : 750 pièces, se décomposant ainsi :

Lettres écrites par les membres du Sou : 291.
Lettres écrites par le secrétaire : 356.
— Pièces justificatives et documents divers : 103.

Ces chiffres ont leur éloquence.

M. le Dr Gairal remercie le Bureau des conseils qui lui ont été donnés. Il rendra témoignage à son Syndicat des efforts qu'il nous a vu faire pour le bien général, et s'engage à faire pour le « Sou médical » la plus active propagande.

Après quelques explications données par Me Gatineau, à l'occasion du procès soutenu et gagné en appel par le « Sou médical », dans l'affaire du Dr D. contre B., le président déclare lever la séance.

Dr DE GRISSAC,
Secrétaire.

Syndicat médical de la Creuse.

Assemblée générale statutaire du 15 septembre 1902.

La séance est ouverte à 2 heures 1/2, à l'Hôtel de Ville de Guéret, sous la présidence de M. le Dr Treille (de Lavaveix-les-Mines) président.

Membres présents : MM. les Drs Treille, Bona,

(d'Evaux), Nanard (de Bourganeuf), Dugat (d'Auzances), Roustain (de Jarnages), Pascaud (de Bonnat), Goigoux (de Dun), Gomot (de Guéret), Bordier (de Guéret) et Dumont (de St-Vaury). Membres excusés : MM. les Drs Butaud (de Bourganeuf) et Coudère (d'Ahun).

Le secrétaire des séances n'ayant pas en mains le procès-verbal de la dernière assemblée (15 mars) rédigé par M. le Dr Bordier, secrétaire général, absent au début de la réunion, fait en deux mots le compte rendu de cette assemblée.

M. le Président. — J'ai l'intention, Messieurs, de vous entretenir des questions suivantes qui vous intéressent tous :

1° *Indemnités à réclamer* pour examen de prisonniers sur réquisition de la gendarmerie.

Nous avons droit au tarif médico-légal.

Pour en obtenir l'application, il faut établir un mémoire selon la procédure criminelle ordinaire avec la taxe basée sur le Tarif du 18 juin 1811, modifié par le décret du 21 novembre 1893.

On demande 8 francs pour une visite avec premier pansement et 5 francs pour un rapport. C'est ainsi que j'ai procédé et j'ai réussi à avoir gain de cause.

2° *Accidents du travail.* Il faut, d'après l'avis de Me Gatineau, conseil judiciaire du « Sou médical » faire homologuer la note d'honoraires par le juge de paix, obtenir un exécutoire du Président du Tribunal, et le receveur d'Enregistrement est chargé du règlement.

3° *Assurance-vie.* J'ai reçu une lettre de notre confrère le Dr Descottes (de Bénévent), qui me demande quel tarif il faut appliquer pour l'examen d'un assuré et l'établissement du certificat. La compagnie offre à notre confrère la somme de dix francs ; lui en demande 20. Je ne puis que lui répondre que ce dernier chiffre est celui adopté par notre Syndicat ; c'est donc celui qu'il doit exiger.

M. le Dr Roustain. — J'ai eu également des difficultés avec une compagnie d'assurances : il m'a suffi de la menacer du « Sou Médical » pour l'amener à composition.

M. le Président. — Je profite de l'intervention de notre confrère pour vous signaler quelle œuvre éminemment utile et avantageuse est le « Sou Médical ». C'est, par excellence, le moyen de défense du Corps médical.

Je dois maintenant, Messieurs, vous dire un mot de la nouvelle loi sur la santé publique. Elle entraîne pour nous des conséquences sérieuses. Les Conseils d'hygiène vont être remaniés et reconstitués sur de nouvelles bases. Il faut que nous tâchions d'obtenir une rémunération des déplacements et des pertes de temps que cette nouvelle organisation va entraîner pour le Corps médical.

J'ai fait une tentative auprès du Conseil général de la Creuse pour faire établir le principe des jetons de présence et d'indemnités de déplacement. Mais je dois avouer que mes démarches n'ont pas été couronnées de succès. Cependant, d'après mes évaluations, la création de ce nouveau chapitre ne grèverait guère le budget départemental que d'une somme de 2.196 francs. J'ai parlé à notre confrère le Dr Villard, qui s'intéressera, je l'espère, à nos revendications, car il est très légitime que le médecin, à peu près seul membre non rétribué des conseils d'hygiène, puisque la plupart des autres sont fonctionnaires (Préfet, Sous-Préfet, Ingénieur, etc.), soit indemnisé de ses frais de déplacement et de ses pertes de temps.

M. le Dr Pascaud. — Je tiens à vous signaler, Messieurs, la défectueuse organisation de la protection des enfants en bas-âge et en particulier l'insuffisance de l'indemnité allouée aux médecins-inspecteurs. Il y aurait lieu de chercher à améliorer cette situation.

Plusieurs membres, MM. les Drs Goigou, Roustain, Dutheil prennent part à une discussion qui s'engage sur ce sujet et se rangent à l'avis de M. Pascaud.

M. le Président. — L'an dernier, nous avions trouvé un sérieux appui auprès de M. l'Inspecteur départemental qui, de son propre chef, avait demandé le relèvement de notre indemnité annuelle. Il proposait de la porter de 3 à 10 francs. Le Conseil général n'a pas adopté cette proposition.

Je dois, du reste, vous faire observer, Messieurs, qu'aux termes de la loi sur l'exercice de la médecine nous ne pouvons, *comme syndicat*, entrer en *lutte* avec l'Etat, ni les Départements, ni les Communes. Notre action doit donc s'exercer en dehors du Syndicat.

Cette question étant donc mise de côté, je désire maintenant vous communiquer un numéro du *Journal de Médecine de Paris* (n° 20, année 1902) où vous trouverez tous les documents nécessaires sur la loi des accidents du travail, taux des indemnités, des pensions, catégories des Infirmités etc., même des renseignements sur la législation étrangère.

Chaque confrère prend connaissance à tour de rôle de ce document.

M. le Dr Dumont. — Je tiens à vous entretenir, Messieurs, d'une question qui me paraît de la plus haute importance pour l'avenir de notre syndicat.

Nous sommes plus de 50 syndiqués dans la Creuse et nos assemblées réunissent un nombre de confrères absolument dérisoire.

Aujourd'hui nous sommes nombreux ! nous sommes onze !!

Il n'est pas admissible que des membres d'une société se désintéressent à ce point de ses réunions et qu'on ne daigne même pas envoyer une lettre d'excuses.

Pour remédier à cet état de choses, j'ai l'honneur de vous soumettre les propositions suivantes :

1° Etablissement d'un repas confraternel, à l'occasion de nos assemblées semestrielles.

2° Etude de l'heure la plus favorable pour nos réunions.

3° Envoi d'un compte rendu de ces réunions.

Je dois dire, à ce propos, que la création de ce compte rendu est prévue par nos statuts. La réalisation s'est heurtée jusqu'à ce jour à des difficultés pécuniaires. Nous croyons avoir trouvé le moyen de les tourner.

4° Etablissement d'une amende pour les syndiqués qui ne viendront pas à nos réunions et ne s'excuseront pas.

M. le Dr Bordier. — On pourrait même décider que le produit de ces amendes servirait à améliorer le menu du repas confraternel (Hilarité générale et assentiment).

M. le Dr Dumont. — A côté de ces propositions qui ont pour but de rendre nos assemblées plus nombreuses, et, partant, de donner plus de poids

à leurs décisions, j'ai l'honneur de vous en soumettre une cinquième ayant pour but de donner à ces décisions une sanction sérieuse et efficace.

C'est l'établissement de mesures disciplinaires vis-à-vis des syndiqués rebelles à notre règlement et à notre tarif, mesures disciplinaires analogues à celles adoptées par les syndicats de Noyon, de l'Oise et de Versailles, et qui furent votées à la suite de l'heureuse issue du procès intenté par le syndicat de Bourgoin à l'un de ses membres. Vous savez tous, Messieurs, que ce syndicat a réussi à obtenir 200 francs de dommages-intérêts — et chose plus importante, à faire établir le principe de son intervention par les Tribunaux. — contre un confrère qui avait violé les engagements par lui librement pris vis-à-vis du syndicat.

Ces sanctions peuvent aller jusqu'à des amendes sérieuses (20 à 1000 francs : syndicat de Versailles).

Le Dr Dumont lit quelques extraits du numéro 26 du *Concours médical* 1902 à l'appui de sa thèse et termine en déclarant que c'est la seule manière, selon lui, de faire œuvre utile, sérieuse, et de donner au syndicat toute sa valeur et toute sa signification.

Une discussion s'engage sur ces propositions que l'assemblée paraît accueillir avec grande faveur.

M. le Dr Gomot propose de transporter le siège de nos réunions tantôt à Bourganeuf ou ailleurs, de manière à faciliter le déplacement de tous les confrères.

M. le Président fait observer qu'une tentative a déjà été faite dans ce sens, mais sans grand succès.

M. le Dr Dutheil propose de laisser une réunion sur deux à Guéret, et de promener la seconde dans les divers centres du département.

Cette motion semble rallier l'avis de l'assemblée.

M. le Président. — Pour clore cette discussion, je vous propose, Messieurs, de soumettre l'étude de ces diverses motions au Cercle syndical qui se réunira, à cet effet, sans tarder; vous fera un rapport et vous soumettra des propositions, en demandant l'avis de tous les syndiqués par voie de referendum.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité et la séance levée à 3 heures 1/2.

Au début de la séance. le syndicat avait prononcé l'admission de MM. les Drs Pascaud (Bonnat) et Dugat (d'Auzances).

Le secrétaire des séances.
Dr Louis Dumont.

A l'issue de l'assemblée, les membres présents ont été visiter les motocycles et autos des confrères propriétaires de machines.

Notre excellent confrère, M. le Dr Gomot (de Guéret), a fait les honneurs de sa voiture légère Darracq, très confortable, avec son aménité habituelle, et a poussé l'amabilité au point d'emmener quatre de ses confrères faire une charmante excursion sur les bords accidentés de la Creuse. Le Dr Gomot a conduit sa machine avec une sûreté et une précision qui font le plus grand honneur à ses qualités de chauffeur, mais qui prouvent aussi le parfait fonctionnement des véhicules automobiles. C'est ce que se plaisaient à reconnaître les trois autres confrères chauffeurs, qui sont enchantés de leurs machines, mais le sont beaucoup moins des constructeurs, gens trop souvent peu scrupuleux, disent-ils, et de relations impossibles.

REPORTAGE MÉDICAL

L'assistance aux aliénés. — Au congrès tenu à Anvers ces jours derniers pour étudier l'assistance aux aliénés, la délégation française dont faisaient partie M. le Dr P. Marie, M. le Dr Picqué, etc., a obtenu l'adoption du vœu suivant :

« Le congrès émet le vœu que tous les établissements fermés, publics ou privés, soient pourvus de médecins en nombre suffisant (médecins, chefs et assistants résidents) et d'organisations annexes permettant l'application du régime familial sous une surveillance médicale effective, pour tous les malades actuellement internés qui pourraient en bénéficier, soit comme moyen curatif de convalescence, soit comme moyen d'assistance des chroniques tranquilles aptes à une liberté surveillée. »

Faculté et hôpitaux

— *Hôpital Saint-Joseph.* — Un cours élémentaire de bactériologie commencera le 21 octobre prochain. Les leçons, au nombre de 25, ont lieu les mardis, jeudis, samedis à 2 heures et sont suivies de travaux pratiques. S'adresser au laboratoire, 7, rue Pierre-Larousse.

— *Hôpital Tenon* (Conférences de pratique Médicale.)

M. P. Le Gendre commencera ses leçons le samedi 11 octobre, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre, et les continuera les samedis suivants.

— *Radiologie médicale* (cours de vacances) par M. A. Beclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Du dimanche 19 au dimanche 26 octobre.

— *Concours d'externat.* — Ont accepté de faire partie du jury : MM. Labbé, Apert, J. Auclair, R. Marie, Ombredanne, Riche, Brindeau. M. Marion, désigné, n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— *Session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste.* — Conformément à l'arrêté du 19 juillet 1895, deux sessions d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la faculté de médecine pendant l'année 1902-1903 : le 3 novembre 1902 ; le 20 mars 1903, MM. les stagiaires choisiront les services dans les hôpitaux les 3, 4 et 5 novembre 1902.

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à M. le docteur Chavoix, de Bordeaux, membre du « Concours Médical » qui vient d'être nommé *officier d'Académie.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4840. — M. le docteur Mendelssohn, de Paris, présenté par M. le docteur Cailleux, de Crépy-en-Valois (Oise).

N° 4841. — M. le docteur Brengues, de Nîmes (Gard), présenté par M. le docteur Boissier, de Clarensac.

N° 4842. — M. le docteur de Kervéguen, d'Azérables (Creuse), présenté par le docteur Lépinay, d'Eguzon.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Pomel, de Joué-les-Tours (Indre-et-Loire), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. Cézilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 42 18 OCTOBRE 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La réforme de l'enseignement médical.

A Monsieur le Dr Jeanne,
Rédacteur en chef du *Concours médical.*

Cher Monsieur Jeanne,

Parce que, dans votre article du 22 septembre 1903, sur *la question de l'enseignement médical*, vous avez parlé un peu, en passant, des privilèges des internes des hôpitaux, qui leur permettent d'acquérir une expérience médicale pratique, difficilement acquise par les autres étudiants, vous avez voulu, dans votre grand souci de justice, donner la parole à l'un de ces privilégiés. Permettez qu'il en profite pour s'élever un peu au-dessus de la défense mesquine des intérêts personnels ou de caste et considérer à son tour l'ensemble des réformes qui vous semblent nécessaires dans l'enseignement de la médecine.

Si j'ai bien compris votre pensée, qui est évidemment celle de la plupart des membres du Concours médical, vous désirez que le diplôme de doctorat délivré à la fin des études médicales soit *l'effective* garantie de l'aptitude du titulaire à remplir les multiples obligations de sa profession et à devenir le praticien qui, isolé dans la campagne, ne devra ignorer aucune des spécialités et se montrera, en même temps que médecin, chirurgien, accoucheur, un peu oculiste, auriste, psychiâtre, hygiéniste, etc., etc.

Vous souhaitez que les Facultés et Ecoles ne se préoccupent pas tant de former des sujets d'élite ou, si vous voulez, des « machines à concours », que de préparer à la vie professionnelle d'honnêtes et consciencieux médecins praticiens, connaissant bien leur métier. Et, pour obtenir ce résultat, vous pensez qu'il faut rendre l'enseignement plus pratique, plus technique ; qu'il faut organiser l'instruction à l'hôpital, et, de même qu'il existe des travaux pratiques de chimie, de physique, d'histoire naturelle, d'anatomie, etc., vous pensez qu'il faut établir de véritables *travaux pratiques de médecine proprement dite*, avec tout ce que comporte ce terme : obligation effective, manipulations et exercices individuels, etc.

C'est bien là, n'est-ce pas, l'esprit général des réformes que vous proposez? Puisque vous m'avez demandé de vous fournir des objections, je vais m'efforcer de vous les dire.

Tout d'abord, on pourrait en trouver une dans ce même numéro du *Concours médical* du 20 septembre et dans votre article même ; avec les impressions de voyage, que vous citez, de mon collègue Du Pasquier sur l'enseignement médical en Allemagne. Comment, dira t-on, pouvez-vous vous plaindre que l'enseignement français ne soit pas assez pratique, alors que celui de l'Allemagne l'est encore bien moins ? — Et il faut en effet faire l'éloge de notre organisation hospitalière qui ouvre, librement et sans la moindre formalité, les portes de nos services à tous ceux qui veulent s'y instruire. Demandez un peu aux médecins de province et aux médecins étrangers s'ils n'apprécient pas ce système, qui leur permet, à n'importe quel jour, d'assister à la visite qui leur convient, dans l'hôpital qui leur plaît. Combien de fois n'ai-je pas vu, au cours d'une visite, un monsieur entrer dans nos salles, s'approcher du lit, où nous examinions

un malade, l'examiner à son tour, poser des questions. Était-ce un étudiant, un médecin ? Nul ne le connaissait. Pourtant, on tenait à honneur de lui montrer les « beaux malades », de lui faire voir tout ce qui l'intéressait, de lui donner tous les renseignements. Combien ce libre accès diffère du système allemand ! Là-bas, le malade n'appartient pas à tous ; il est l'exclusive propriété du professeur, de son assistant et de ses « famuli ». Le simple étudiant, deux fois par mois environ, descendra des gradins de l'amphithéâtre dans l'hémicycle ; là, sur un brancard, on lui amènera un malade, dont, sous l'œil du professeur et des camarades, il sera autorisé à prendre le pouls, à regarder les urines. Puis le professeur parlera sur ce malade ; l'élève rejoindra son banc et attendra quinze jours ou un mois son tour d'approcher un autre patient. Pendant ce temps, il lira des livres et entendra des leçons.

Vous conviendrez donc que notre enseignement français, que vous voulez plus pratique encore, l'est cependant et déjà beaucoup plus que l'enseignement allemand. Et, sans vain orgueil nationaliste, on peut bien dire que l'enseignement clinique a toujours été l'honneur de la médecine française.

Mais, je vous accorde que ce n'est pas là une raison suffisante et que notre système, tout en étant plus pratique que l'allemand, pourrait ne l'être encore pas assez. Qu'existe-t-il donc aujourd'hui ? Je ne veux pas vous rappeler les règlements sur le stage hospitalier, les services de clinique et les services de clinique annexes. Tout cela, vous le savez aussi bien que moi et je n'ai pas l'intention de vous faire connaître des règlements que vous voulez modifier. Mais ce que je veux vous dire, parce que peut-être vous ne le savez pas, c'est ce que, pratiquement, donne l'application de ces règlements, à Paris du moins, et c'est ce que j'ai vu pendant mes dix années d'hôpital.

Il y a deux catégories d'étudiants : d'un côté, les internes et les externes. Des internes, je ne vous dirai rien, puisqu'à bon droit vous estimez qu'ils sont des privilégiés de l'enseignement pratique, leurs privilèges d'ailleurs étant légitimés par le dur concours qui les leur confère. Parmi les externes, il y a les candidats à l'internat qui ne considèrent l'externat que comme l'indispensable échelon au concours supérieur ; et puis, il y a les externes qui ne préparent pas l'internat, ayant cru, à tort ou à raison, trouver dans l'externat un moyen de faire de meilleures études médicales. Ce groupe d'externes, le plus nombreux, peut être confondu avec le second groupe d'étudiants, qui ne préparent aucun concours et recherchent simplement l'obtention du diplôme de doctorat. Ce sont ceux qui vous intéressent, les futurs praticiens des villes et surtout des campagnes, ceux que vous voulez plus instruits de leur métier.

Assurément, vous avez raison de penser que dans le grand demi-mille de docteurs en médecine fabriqués annuellement par la Faculté de médecine de Paris, il en est un assez grand nombre qui ignorent les choses mêmes essentielles de la profession ; et il n'y a pas longtemps que j'entendais un professeur, président de thèse, déclarer à un candidat, dont il avait sans peine constaté l'ignorance : « Mon Dieu ! Monsieur, je suis bien obligé de vous recevoir, puisque vous avez passé tous vos examens ; mais, si vous êtes un honnête homme, vous n'irez pas exercer votre métier avant de l'avoir appris. »

Mais je conteste que l'ignorance d'un si pitoyable docteur en médecine et celle de ses sem-

---

FEUILLETON

Amours séniles.

Chaque ville a ses beautés et ses hideurs ; chaque cité a ses quartiers nobles et ses sentines impures ; chaque centre important a ses grands boulevards, sa cour des miracles et ses bateaux de fleurs.

Montluçon est, comme l'on sait, une ville industrielle de premier ordre ; c'est le Manchester de la France.

Il y a nombre d'années, avant que ses nombreuses usines ne fussent fondées, c'était une place fortifiée qui avait joué un rôle au moyen-âge.

Ses portes monumentales, son épais mur d'enceinte, flanqué de tours massives, la rendaient inexpugnable. Elle était dominée par son château féodal, érigé sur un monticule rocheux, dont les flancs micacés reluisaient au soleil ; *mons lucens*.

Ses portes d'accès ont été démolies.

Le temps a désagrégé ses murailles et ses tourelles. Seul a résisté son château dont on peut voir l'intéressante silhouette dans l'*Album du Jardin de la France*.

Le massif rocheux ne supporte pas seulement le château. Il est surmonté également par une plateforme, entourée d'un parapet, où des ormeaux séculaires faisaient naguère les délices des naturels du pays. On venait s'étendre et se reposer à l'ombre sur ses pelouses verdoyantes : *otium et umbra*.

Il y a une quarantaine d'années, tout se transformait dans l'existence du château. L'administration de la guerre s'emparait du donjon et de la plateforme et y établissait une caserne, dont les prosaïques constructions ont complètement dénaturé l'aspect du paysage.

Les soldats de la caserne avaient deux voies pour descendre dans la ville ; une rue montueuse et étroite, la rue du Château et un raidillon, espèce de sentier à pente rapide, qui, partant d'une brèche pratiquée dans la partie sud du parapet, aboutissait dans le bas à la rue du Petit-Château.

Cette rue du Petit-Château, placée à dix ou quinze mètres en contre-bas du parapet, enserre dans sa courbe la partie sud de la base du monticule. Elle est irrégulière, étroite, formée dans une partie de sa longueur par le flanc du monticule, et d'autre part bordée de maisons antiques, grises de vétusté, dont quelques-unes tombent en ruines. Dans son milieu, elle s'élargit en triangle pour former une petite place, où de temps immémorial les sabotiers des alentours venaient vendre les produits de leur industrie. Aussi fut-elle toujours désignée sous le nom de place des Sabots, et, pour les vieux Montluçonnais, il n'y a en quelque sorte pas de rue du Petit-Château : prenant la partie pour le tout, ils dénomment la rue du Petit-Chateau, la place des Sabots.

C'est sur cette place, ou plutôt dans cette rue qu'une colonie de femmes galantes, vrai bataillon de Cythère, est venue s'établir pour égayer par son voisinage et charmer par ses attraits les petits troupiers de la caserne.

Leur commerce fut longtemps prospère et quelques assommoirs, embellis par d'accueillantes verseuses, servaient de refuges aux biffins en rupture de chambrée.

Les choses allèrent ainsi pendant des années ; mais à la longue, il se commit des abus. Des irrégu-

blables, trop nombreux, soit due à la méthode d'enseignement. Je crois bien plutôt que le sujet lui-même en est exclusivement responsable.

Que se passe-t-il en effet ? Parmi ces externes non ambitieux, ne préparant pas l'internat, et parmi ces simples stagiaires, il en est qui travaillent. Interrogez-les : ils vous diront les moyens qu'ils ont trouvé d'acquérir ces connaissances pratiques, dont sans peine ils ont d'eux-mêmes compris la nécessité. Tel externe doit à son assiduité, pendant la période de vacances, de remplacer son interne absent, de faire des opérations, de monter des gardes, etc. Tel stagiaire, ayant volontairement renoncé à l'externat, qui l'obligerait à un séjour d'un an dans un même service, se lève de meilleure heure pour gagner les hôpitaux excentriques, où, à l'inverse des hôpitaux du centre, on trouve beaucoup de malades et peu d'étudiants ; là, il peut à son aise examiner des malades, participer aux opérations, sans être séparé du patient par une assistance trop nombreuse ; il prend des observations, fait des autopsies, remplace en cas de besoin un externe. Puis, après avoir, en trois mois, tiré tout le suc de l'enseignement d'un chef de service, il en recherche un autre qu'il suit assidûment pendant trois autres mois, et finit ainsi par avoir, en quatre ans d'hôpital, appris la plupart des spécialités : enfants, peau, voies urinaires, etc., et avoir même acquis une instruction beaucoup plus variée que celle des externes, que leurs fonctions obligent à entendre pendant toute une année le même enseignement d'un même chef, qu'ils n'ont pas toujours choisi.

Je vous entends et vous voudriez que tous les étudiants fussent semblables à ce *stagiaire* ou *bénévole* idéal, dont je viens de vous tracer le portrait. Ce portrait est fait d'après nature, mais je vous accorde que je n'en ai vu que des exemples assez rares. Combien plus nombreux en revanche sont les stagiaires qui viennent tout juste répondre à l'appel pendant les courtes périodes réglementaires de stage hospitalier. On les voit, les mains dans les poches, suivre nonchalamment une visite qui ne les intéresse pas ; souvent, aidés par la négligence du chef de service, qui ne veut pas s'astreindre à un rôle de maître d'école, ou par la complaisance de quelque camarade, qui veut bien signer pour eux sur la feuille de présence, ils se contentent de montrer leur figure une fois ou deux par mois. Ces stagiaires-là n'examinent jamais un malade, ne font rien par eux-mêmes ; pourtant, il passent leurs examens ; il y mettent seulement un temps plus ou moins long : on ne peut pas demander à un professeur de refuser un candidat qui se présente pour la cinquième ou sixième fois à un examen ; et voilà comment il suffit, pour devenir docteur en médecine, d'être un peu persévérant. Arrive l'époque de la thèse : on va trouver un interne qui a vite fait de confectionner, avec quelques observations, une thèse parfois mentionnée et qui vaut à celui qui la présente les éloges du jury.

Ce portrait-là aussi est pris sur le vif ; et nul ne contestera que les exemples en soient nombreux dans la réalité.

C'est même précisément parce que vous avez été frappé, vous et beaucoup d'autres membres du Concours Médical, de cette ignorance si fréquente des jeunes docteurs autorisés par la Faculté à aller apprendre leur métier au détriment de leurs clients, que vous voulez modifier l'enseignement actuel. — Il reste donc à savoir si c'est par des règlements que vous parviendrez à transformer toute cette indifférence et cette paresse en un beau zèle pour apprendre et en une bonne conscience des devoirs à remplir. Pour ma part, je reste un peu sceptique sur les

---

larités graves furent constatées dans le service des corvées.

On en chercha la cause. Elle fut facile à découvrir. Les cotillons de la place des Sabots causaient un trouble permanent dans la cervelle des petits soldats. Il fut décidé que le raidillon serait interdit.

Cela ne suffit pas. On éleva une muraille à pic pour dissimuler l'issue dangereuse, et tout en bas, une solide porte en chêne, bardée de fer, rendit toute sortie impossible.

Les troupiers eurent le chagrin de se voir claquemurés. Mais ils se consolèrent et se consolent encore en faisant par-dessus le parapet de la télégraphie optique et en lançant à leurs belles des poulets enflammés d'amour. On a pu en lire de fort intéressants.

Il y a mieux ; les nuits, quand le temps est propice, quand la caserne roule dans les bras de Morphée, des amateurs piquent des perches dans les jardins en pente qui sont au-dessous d'une partie du parapet.

Ils se laissent glisser le long des perches, et aidés par des complices qui fixent sur les toits des masures, des échelles de couvreurs, ils dévalent sur la place hospitalière où les attendent, les draps ouverts, leurs faciles amours.

Au reste, ceux qui craignent le danger et qui aiment mieux vaincre sans péril et triompher sans gloire peuvent, en prenant les grandes voies, se rendre auprès de leurs bien-aimées.

Malgré cela, la mesure prise par l'administration de la guerre a nui singulièrement au commerce de ces dames et leurs affaires tomberaient dans le marasme si de jeunes produits de nouvelles couches du reste de la ville ne venaient de temps à autre leur fournir un appoint.

Aussi, le silence et la paix sont loin de régner dans ces parages.

De temps en temps, les nuits, des cris, des hurlements, se font entendre.

La presse locale, le lendemain, raconte les rixes, les bagarres, les conflits sanglants survenus entre les habitués de la rue du Petit-Château.

Je viens de dire que les acteurs de ces scènes nocturnes sont de jeunes nouvelles conches. C'est la règle ; mais, comme toutes les règles, elle n'est pas absolue et souffre quelques exceptions, dont je veux surtout parler.

Il y a quelques années, un sexagénaire, vint me consulter pour une ulcération labiale. C'était un homme de taille moyenne, un peu ventru, à chairs blanches et molles, à parole lente et à démarche lourde. C'était le type du parfait lymphatique. Il appartenait à une maison de commerce.

Il n'avait pas d'antécédents pathologiques personnels ; mais ses antécédents héréditaires étaient intéressants. Son père avait été emporté par une apoplexie cérébrale foudroyante. Sa mère, atteinte d'hémiplégie, avait passé les dernières années de sa vie à boiter péniblement, traînant l'aile et tirant le pied, une béquille sous l'aisselle ou un gros bâton à la main.

L'ulcération labiale en question siégeait à la lèvre inférieure. Elle avait été précédée d'une éruption vésiculeuse de nature évidemment herpétique ou scrofuleuse. Seulement, sous l'influence de son tempérament ultra-lymphatique, le sujet avait vu succé

résultats de cette militarisation des écoles civiles, et je compte bien plus sur la libre moralisation de l'individu que sur l'obligation gouvernante. Je vous ai montré que, dans nos hôpitaux librement ouverts à tous, n'importe quel étudiant pouvait fort bien s'instruire, pourvu seulement qu'il en eût le désir. Pour celui qui n'a pas ce désir, il n'y a rien à faire, sinon de s'efforcer de le lui inspirer. J'espère beaucoup de l'initiative individuelle et je ne crois guère à la nécessité de sanctionner par des règlements, qu'on peut toujours éluder, le zèle des élèves, pas plus que la bonne volonté des chefs de service ou la complaisance des internes.

Que si, maintenant, vous teniez à ce que tous nos services hospitaliers soient aussi profitables aux bénévoles ou stagiaires que quelques-uns de ces services, que je pourrais vous citer, où chaque élève, bénévole, stagiaire, externe, a ses fonctions bien réglées, sa responsabilité, ses malades ; où le chef connaît tous ceux qui l'entourent, les interroge, leur fait prendre des observations, les excite à travailler, leur fait aimer la profession ; où le chef, en un mot, est vraiment le maître, je crois que sur ce point tout le monde serait d'accord avec vous. Alors, ces internes, contre les privilèges desquels vous vous élevez (1), deviendraient les moniteurs tout naturels, les aides du maître, dans cet enseignement qu'à bon droit vous voulez surtout pratique. Mais, là encore, je crois que les règlements sont inutiles et que la complaisance de l'interne n'a guère besoin, le plus souvent, d'être violentée pour se faire aisément causeuse et communicative d'une jeune érudition encore toute fraîche.

(1) N. D. L. R. — Sans parti pris aucun, n'est-ce pas ? Uniquement, comme M. Sorel, parce que, chez eux aussi, le minimum de pratique devrait précéder la théorie.

Je ne voudrais pas terminer cette longue lettre sans vous montrer que j'ai compris le sens et l'opportunité de votre article et que je me rends compte des raisons qui vous ont fait traiter cette question de l'enseignement médical dans vos *Propos du jour* de septembre. Vous avez, sans nul doute, été frappé du succès des cours pratiques et de vacances qui commencent à s'organiser un peu partout, en France et à l'étranger, et vous avez pensé que ces cours, que cet enseignement pratique de chaque spécialité serait bien plus logiquement placé avant la fin des études et la délivrance du diplôme de doctorat. Ceci est, en effet, une question intéressante à envisager de savoir si ces cours pratiques doivent être élevés à la hauteur de cours ou travaux pratiques *obligatoires* pour tout étudiant, ou s'ils doivent rester de simples cours facultatifs, ou *de perfectionnement*, comme on les a appelés, accessibles d'ailleurs, aussi bien qu'aux docteurs, aux étudiants en fin de scolarité. Quoi qu'il en soit, je verrais très bien encore ici le rôle de l'interne, et surtout de l'interne des services spécialisés, comme moniteur, aide du professeur, ou professeur lui-même de cet enseignement pratique ; et j'ai pu voir l'an dernier, à l'hôpital des Enfants-Malades, combien nos démonstrations individuelles des petites manœuvres de la pédiatrie (trachéotomie, tubage du larynx, etc.), étaient utiles aux docteurs ou étudiants étrangers, qui venaient nous les demander.

Je ne veux pas discuter cette question, sur laquelle vous devez être beaucoup mieux documenté que je ne puis l'être et je me contenterai de résumer les pensées que la lecture de votre article m'a inspirées sur la question de l'enseignement médical :

1° L'organisation actuelle des études médicales en France permet à tous les travailleurs d'ac-

---

der à ses vésicules une ulcération d'une certaine importance, et cette ulcération avait pris un caractère remarquable. Le tissu cellulaire de la lèvre s'était infiltré, et il s'était fait de l'œdème qui avait gagné la moitié de la lèvre malade. De plus, l'irritation lymphatique avait gagné les ganglions et il y avait une adénite angulo-maxillaire d'un certain volume.

Le diagnostic ne faisait aucun doute.

Il pouvait se formuler : herpès labial ulcéré, compliqué d'adénite.

On sait que les strumeux font facilement de l'adénisme.

Je lui posai quelques questions sur l'origine de son ulcération ; je lui demandai s'il n'avait pas une opinion sur la cause de sa maladie, s'il n'avait pas mangé d'aliments mal préparés, s'il n'avait pas appliqué ses lèvres sur un objet malpropre.

A toutes ces questions, il me fit des réponses négatives. Il ne s'expliquait pas son mal ; il n'en soupçonnait pas l'origine.

Je prescrivis un traitement iodé pour remonter la nutrition et j'ordonnai des lavages fréquents avec de l'eau bouillie alcoolisée suivis, matin et soir, d'une application de poudre d'iodol.

La consultation terminée, le client se leva pour prendre congé.

Il était déjà sorti de mon cabinet quand, se ravisant tout à coup :

— Docteur, dit-il, rentrons, j'ai quelque chose à vous communiquer.

Il referma lui-même la porte avec un certain mystère, puis s'approchant tout près de moi, il me dit à voix basse :

— Je viens de vous dire que j'ignorais la cause de mon mal. Je ne vous ai pas dit la vérité : j'ai eu des relations avec une jeune fille ; je crois que mon mal vient de là.

— Avait-elle une ulcération de la lèvre ?

— Non. Mais ce n'était pas nécessaire.

— Comment ! ce n'était pas nécessaire ?

— Non, docteur. Il suffisait qu'elle en ait aux parties.

— Alors, vous avez appliqué vos lèvres sur les parties sexuelles.

— Oui, docteur.

Tout s'expliquait, ou plutôt les craintes du malade s'expliquaient. Il craignait d'avoir contracté la syphilis.

Il me raconta que la jeune fille habitait la place des Sabots, où elle était nouvelle arrivée. Il l'avait rencontrée un soir sur les boulevards, l'avait suivie et, dans un moment de transport amoureux, ne pouvant aboutir par suite du nœud de l'aiguillette, il avait eu recours à un moyen qu'il avait déjà employé et qui lui donnait une vive satisfaction.

Il ne s'était pas contenté d'une séance ; il y était revenu, et chaque fois, il s'était livré aux mêmes pratiques amoureuses.

Il accusait donc formellement la jeune fille de l'avoir rendu malade.

Il ne pouvait pas supposer qu'un mal pareil pût se déclarer sans l'intervention de Vénus, et après avoir simulé la plus grande ignorance de la cause de son ulcération, il affirmait hautement que sa maladie était syphilitique.

Tel n'était pas mon avis, et malgré sa confession sincère, malgré l'apparition du mal après les con-

quérir une instruction pratique hospitalière très suffisante.

2° Les examens de passage, les certificats de stage, les notes du chef de service, etc., risquent fort d'être des garanties illusoires d'une instruction qui s'acquiert surtout par l'initiative individuelle.

3° *L'établissement d'un enseignement pratique à l'hôpital, où d'ailleurs l'interne pourrait avoir sa place, ne serait que l'organisation et la réglementation d'un état de choses actuellement existant, mais serait très utile, tant dans l'enseignement des spécialités qu'en généralisant des procédés d'instruction actuellement en usage dans trop peu de services hospitaliers.*

Excusez-moi, je vous prie, d'avoir si mal profité du droit de réponse, que vous m'aviez conféré, en attaquant avec une légèreté peut-être trop juvénile des idées dont je connais la générosité. Vous savez que je demeure le très sincère admirateur de l'infatigable dévouement du Concours à toutes les choses de la profession.

Veuillez agréer, etc.

Pierre Roy,
Interne des hôpitaux.

Cher ami,

De quoi vous excusez-vous ? Vous donnez votre sentiment avec le plus scrupuleux souci de l'exactitude et de la bonne foi, sans parti pris, sans idées préconçues, en vous dégageant de l'esprit de camaraderie et des considérations personnelles. Toute discussion ainsi soutenue, ainsi conduite, est de celles qui font jaillir la lumière (et non les coups de botte, comme disait le caricaturiste).

Et la lumière cherchée, nous la trouvons dans ces deux passages de votre lettre que nous avons pris la liberté de souligner. Ce que vous proposez là, c'est ce que nous demandons : la généralisation des habitudes prises dans les trop rares services où on instruit les élèves qui les fréquentent.

Sur un seul petit point nous restons donc quelque peu séparés, et je ne me l'explique pas. Voici pourquoi.

Vous nous tracez, à votre tour, le portrait, pris sur le vif, de l'étudiant qui n'a pas le désir de s'ingénier à user de toutes les ressources possibles pour son instruction : vous nous dites qu'il fait signer les feuilles de présence, qu'il se montre deux fois par mois, qu'à bien plus forte raison il ne saura ni se lever de très grand matin, ni se priver de vacances pour se procurer les bonnes occasions, et qu'il arrivera au doctorat ayant tout son métier à apprendre et sous le couvert d'une thèse qu'un autre a rédigée. Vous avouez que, de ce portrait-là, il existe à l'Ecole de fort nombreux exemplaires. Et vous concluez : « Rien à faire contre cela, on ne peut qu'essayer d'inspirer à ces jeunes gens le désir d'apprendre. »

Nous ne parviendrons jamais, je crois, au Concours médical, à accepter cette formule résignée. Plus d'un, parmi nous, autour de ses vingt ans, fut du nombre de ceux dont nous venons de parler, et l'a vivement regretté le jour où la responsabilité tomba sur ses épaules. C'est précisément cette responsabilité du lendemain qui crée l'*obligation* d'avoir appris la veille. Les scrupuleux, les réfléchis, n'ont besoin d'entendre ce commandement que de leur conscience ; je sais bien que vous fûtes toujours de ceux-là et qu'ainsi s'explique votre deuxième conclusion.

Mais est-ce là l'exception ou la règle ?

La parole est aux membres du Concours, et surtout à ceux dont les fils se destinent aux études médicales. Je suis sûr que vous acceptez

---

tacts libidineux, j'étais convaincu que Vénus était innocente ou à peu près et que la constitution du sujet était surtout en cause. Le baiser vulvaire répété — il y était probablement pour quelque chose — n'avait agi que comme contact irritant, mais non spécifique.

Ce n'est pas toujours qu'il faut conclure par l'aphorisme : *post hoc, ergo propter hoc.*

Je n'en fis pas mystère à mon client.

Je cherchai même à lui faire comprendre que parfois des lésions surviennent même aux parties sexuelles après le coït, sans que la femme puisse être accusée de contamination.

Il ne fut pas convaincu. Son attitude, sa physionomie attestaient une défiance évidente. Cependant, à la fin, par politesse plutôt que par conviction, il me dit :

— Après tout, docteur, c'est votre affaire. Tant mieux si ma plaie est de nature banale. Je guérirai sans doute plus vite.

Ce ne fut pas très long en effet. Après une huitaine de jours, l'ulcération labiale se rétrécissait ; ses bords s'affaissaient et une bonne cicatrisation s'annonçait rapide et complète. Après une quinzaine de jours, tout avait disparu, y compris l'adénite angulo-maxillaire dont le volume avait fortement impressionné le malade.

Moins de six mois après, j'apprenais que ce vieillard venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie. En trois jours, il succombait.

Issu de parents cérébraux, cérébral lui-même, il avait été pris sur le tard d'ardeurs amoureuses.

Certains hommes ont leur été de la Saint-Martin ; leur sort est jusqu'à un certain point enviable.

La Saint-Martin, bien.... l'hiver, c'est grave.

— Un homme de 67 ans, de petite taille, plutôt maigre, haut en couleur, l'œil encore vif, vient me consulter.

Après avoir travaillé de longues années de son métier de jardinier, il avait fini par acquérir un certain bien-être et était devenu rentier. Marié en secondes noces à une femme de vingt ans plus jeune que lui, il avait acheté un terrain entouré de murs élevés, y avait construit une habitation saine et embellie au goût du jour, et, il cultivait son jardin. C'était un homme heureux.

Originaire de la Loire, il ne parlait jamais de sa famille. On savait cependant que son père s'était suicidé et qu'une sœur, mariée, s'était fait enlever par un voyageur de commerce.

Cet homme vient me consulter pour un écoulement blennorrhagique.

Etonné quelque peu de voir un homme de cet âge atteint de blennorrhagie, je lui pose quelques questions sur l'origine de sa maladie. Il me raconte qu'il a eu des relations avec une jeune fille publique et que cette fille, qu'il a vue plusieurs fois de suite, lui a communiqué sa maladie.

Un homme de 67 ans, marié à une femme beaucoup plus jeune que lui, qui va voir les filles publiques, ce n'est pas ordinaire.

Je lui fais part de ma surprise.

— Ma femme, dit-il, ne veut pas que je la voie ».

— Pourquoi ?

— Elle me dit que je la fatigue.

— On prend la fatigue avec le plaisir pour empêcher son mari d'aller ailleurs.

— Mais, Monsieur, c'est elle qui me dit d'aller ailleurs.

comme nous cet arbitrage, et c'est pourquoi je prends la liberté de le provoquer. Non moins bien venues, et peut-être encore plus précieuses, seraient les communications à ce sujet de ceux qui sont, dans les hôpitaux, chefs de services, professeurs, Maîtres, pour tout dire en un mot, et vous serez heureux comme nous, n'est-ce pas, de les faire juges du litige.

Veuillez agréer, etc.

Pour le conseil de direction.
Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du rhumatisme chronique.

La *Rev. int. de Méd. et de Chir.* analyse les leçons de M. Alb. Robin sur le rhumatisme chronique. Ce rhumatisme offre quatre grandes variétés : le rhumatisme chronique simple, qui succède au rhumatisme aigu ou subaigu ; le rhumatisme localisé, soit à la hanche (*morbus coxæ senilis*), soit au niveau de la troisième phalange (nodosités d'Heberden) ; le rhumatisme fibreux qui imprime des déformations, parce qu'il frappe les ligaments et les tendons ; enfin, le rhumatisme noueux à début lent et progressif, frappant les petites articulations ; les seuls troubles généraux qu'on puisse lier à cette affection sont des symptômes de dyspepsie : or, le traitement général qu'on lui oppose, c'est l'iodure de potassium et le salicylate de soude ; M. le professeur Robin s'élève contre cette routine et affirme la nécessité d'appuyer ce traitement sur des données pathologiques exactes, c'est-à-dire sur le résultat de l'examen des échanges dans cette affection. Cette étude montre qu'il y a diminution des échanges respiratoires, des fermentations gastriques et lactiques ; l'acide lactique s'élimine en combinaison avec les bases de l'organisme, ce qui produit une déminéralisation et une désalcalinisation de l'individu.

Le traitement doit donc agir en première ligne : sur les troubles stomacaux ; contre les fermentations lactiques, le professeur Robin emploie le fluorure d'ammonium à la dose de 0 gr. 20 pour 300 grammes d'eau, dont il prescrit 2 cuillerées à soupe par jour, prises au milieu de chaque repas ; contre l'excès de cet acide lactique, il ordonne des poudres alcalines.

L'affection rhumatismale elle-même est justiciable de l'iodure de potassium, mais M. Robin pense qu'il ne faut pas le donner trop longtemps et qu'il est bon de l'associer à l'arséniate de soude ; pendant huit jours il institue la médication iodurée, pendant huit jours, salicylique, et ainsi de suite, en alternant. En même temps, M. Robin alterne l'emploi des strychniques et celui des hypophosphites ou glycérophosphates.

Pour combattre les lésions osseuses, les ankyloses et les rétractions des tendons, l'auteur conseille le massage, les mouvements, l'électricité, les bains de vapeur térébenthinés, et les bains d'air chaud sec de 120 à 170 degrés, selon la méthode Tallermann.

Les stations thermales et les bains de boue (Barbotan, Dax, Saint-Amand) peuvent parfois donner un résultat favorable.

Traitement interne des végétations adénoïdes.

M. *Lapayre*, dans un article du *Journal de Médecine*, insiste sur l efficacité du traitement iodé,

---

— Je n'ai rien à dire.... Cependant, votre femme est relativement jeune et, d'habitude, les femmes ne craignent pas l'amour.

— Eh bien, monsieur, elle ne veut plus.... Et dame, comme il m'en faut absolument, j'ai cherché ailleurs.

— Vous auriez dû prendre quelques précautions, aller certains jours...

— Je suis allé tout simplement à la place des Sabots.

Et je pus constater séance tenante qu'il y avait cueilli une uréthrite des plus caractérisées : méat urinaire rouge et tuméfié, écoulement abondant, épais, verdâtre, chemise raide, empesée, douleurs vives en urinant.

— Vous avez vu souvent la femme qui vous a rendu malade ?

— Chaque fois que j'y suis allé, je l'ai vue trois ou quatre fois.

Ce n'était pas un amoureux transi, il s'en fallait. Mais c'était un singulier amoureux à 67 ans, fatiguant sa femme beaucoup plus jeune que lui, se livrant chaque fois à un coït répété avec une femme galante.

C'était une énigme intéressante ou tout au moins une bizarrerie sexuelle, comme on en rencontre rarement dans la pratique ordinaire.

Huit jours après, je suis appelé auprès de lui. Il avait voulu travailler dans son jardin ; il s'était fatigué, il avait une orchite.

Après l'avoir examiné :

— Mon bon ami, lui dis-je, votre chaudepisse est tombée dans les bourses. Il va vous falloir des soins particuliers. Votre femme....

— Ma femme est au courant, se hâte-t-il de répondre.

— Vous lui avez tout dit ?

— Elle sait tout et elle en est désolée puisque c'est elle qui en est cause ! !

— C'est elle qui en est cause ?

— Oui, monsieur : puisqu'elle ne veut pas que je la voie.

Il fallait une explication à cette situation anormale qui ne manquait pas d'un côté comique.

Je pris la femme à part et la questionnai discrètement.

— Monsieur le Docteur, me dit-elle, il n'y a pas de mystère. La chose est toute simple. Depuis plus d'un an, mon mari me fatigue, m'épuise. Il m'est impossible d'avoir deux heures de sommeil dans une nuit. Il veut tout le temps venir avec moi. Dans les premiers mois, j'ai souffert patiemment pensant que cela n'aurait qu'un temps ; mais ça n'a plus de fin. Je me suis vue forcée de le prier d'aller ailleurs.

— Il n'a pas toujours été aussi amoureux ?

— Non, monsieur. Les premières années, il était convenable. Maintenant je ne sais pas ce qu'il a. Il me tuerait.

— Alors vous savez que sa maladie...

— Oui, Monsieur. Il m'a tout raconté. Je le soignerai. Vous n'avez qu'à ordonner. Je ferai le nécessaire pour le guérir.

J'étais fixé. J'avais affaire, comme je l'avais d'abord supposé, à un satyriasique qui épuisait sa femme et l'aurait sacrifiée à sa passion maladive. La malheureuse, se rendant compte du danger et se trouvant en cas de légitime défense, lui avait donné

mais à la condition de donner l'iode à dose élevée. C'est ainsi qu'à un enfant de 3 à 5 ans, il donne environ de 30 à 50 gouttes de teinture fraîche d'iode par jour ! ce qui correspond à 0,10 d'iode métallique. Il commence par six gouttes, trois par jour dans l'eau sucrée, ou du lait ou du vin de Malaga, et augmente chaque jour d'une goutte, ce qui fait 48 gouttes au bout d'un mois. Il est allé jusqu'à 70 gouttes par jour. Dès l'apparition des phénomènes d'iodisme, il diminue la dose quotidienne d'une goutte. Pas de trouble gastrique ; l'appétit est plutôt augmenté. D'ailleurs l'iode s'élimine très rapidement ; 50 heures après la suspension de l'iode, l'on n'en trouve plus de trace dans l'urine. Chez les adultes il est allé jusqu'à 200 gouttes.

Lucas-Championnière affirme avoir obtenu d'aussi bons résultats avec l'iodure de potassium à faibles doses longtemps continuées ; il ne dépasse pas 0,25 par jour, et au-dessous de 10 ans il prescrit seulement 0,12 ; soit 10 gr. d'iodure : 150 gr. d'eau ; une fois par jour, avant le repas une cuillerée à café, pendant deux à trois semaines.

La levure de bière dans les affections pulmonaires des vieillards.

M. le Dr *Lardier* recommande le traitement systématique des phlegmasies pulmonaires par la levure de bière ; il insiste surtout sur celui de la bronchite aiguë, non à la période de crudité, mais à celle de coction, et de la bronchite chronique. Au début de l'hiver, chez l'individu prédisposé au catarrhe bronchique, elle peut être préventive. A la période de défervescence de la pneumonie aiguë, la levûre, chez le vieillard, empêche le mal de tourner à la chronicité. Dosage : 2 à 3 cuillerées à café de levure sèche dans de l'eau sucrée, du lait, ou en cachet. Pour Lardier, c'est surtout un modificateur de la sécrétion broncho-pulmonaire et un tonique.

Etiologie infectieuse de certaines hydrocéphalies congénitales.

M. le Dr *R. Gabail* a consacré sa thèse à l'étude de l'étiologie de certaines hydrocéphalies dites congénitales ; et ses recherches l'ont conduit à une série de conclusions fort intéressantes :

I° Toutes les infections maternelles peuvent engendrer l'hydrocéphalie congénitale.

II° Ces infections agissent d'une façon analogue à l'infection pyocyanique expérimentale.

III° Les affections aiguës, telles que la variole, la varioloïde, la pneumonie, la grippe, sont capables de produire l'hydrocéphalie congénitale, au même titre que les affections chroniques, comme la syphilis et la tuberculose.

IV° L'hydrocéphalie congénitale apparaît surtout chez l'enfant, lorsque ces maladies aiguës frappent la mère au cours de la grossesse, comme le confirment nos observations.

V° L'hydrocéphalie congénitale pourrait apparaître, croyons-nous, à la suite d'une infection paternelle, mais les observations nous font un peu défaut pour formuler cette opinion d'une façon précise.

VI° Ces hydrocéphalies d'origine infectieuse rentrent au point de vue pathogénique dans le groupe des *hydrocéphalies d'ordre pathologique.*

VII° Ces dernières tendent à empiéter sur le terrain des *hydrocéphalies d'ordre tératologique*, lesquelles disparaîtront peut-être au fur et à mesure que les causes infectieuses seront plus connues.

VIII° En présence d'une hydrocéphalie congé-

---

toute liberté pour aller satisfaire ses besoins de lubricité.

– Traitez ses parties, disait sa femme. Mais surtout, M. le Docteur, faites lui passer ses idées. C'est sa plus grande maladie.

J'instituai immédiatement un traitement double, visant d'un côté l'inflammation de l'urèthre, de l'autre l'affection nerveuse.

L'écoulement diminua vite, puis disparut rapidement malgré l'âge du sujet. Mais, la névrose résista à tous les calmants, bromure de potassium, camphre, etc. Six mois ne s'étaient pas écoulés que le patient succombait avec des manifestations démentielles.

Le satyriasis n'avait été que le début, le prélude de la démence.

Avec des parents tarés, — le suicide est une des tares les plus grosses et les plus efficaces de l'atavisme — ce vieillard était un héréditaire par transformation. Sa vie s'était passée sans maladie d'aucune sorte. La vieillesse, qui met souvent à nu les vices les plus cachés, avait amené l'hyperesthésie sexuelle, premier indice de la démence finale.

– Dans le courant d'une nuit de décembre, on vient sonner à ma porte entre onze heures et minuit.

La domestique, qui est allée répondre, revient m'annoncer qu'un homme désire me parler.

– Me parler de quoi ? demandez-lui ce qu'il veut me dire.

Un instant après :

– Cet homme veut demander une consultation à Monsieur.

– Dites-lui de repasser demain de onze heures à midi, c'est l'heure de ma consultation et non pas de onze heures à minuit.

— Il supplie Monsieur de le recevoir. Il ne peut pas venir à une autre heure.

Il y avait un mystère.

Je me lève et m'habille.

En entrant dans mon cabinet de consultation où on l'avait introduit, je me trouve face à face avec un employé retraité d'une grande administration, que je connaissais parfaitement, mais dont je n'avais jamais été le médecin.

C'était un homme de taille moyenne, un gros brun, la tête forte, les traits empâtés, portant une épaisse moustache noire tombante, marchant penché en avant et toujours vêtu d'un pardessus lui descendant sous les genoux. Bien que d'apparence commune, il avait une aisance remarquable dans les mouvements, de l'élégance et même de la recherche dans les expressions. C'était un Parisien. Sa grande serviabilité, sa courtoisie parfaite en faisaient un fonctionnaire modèle. Aussi le public avait-il été désolé, quand il fut mis à la retraite. Il y avait plusieurs années que je ne l'avais vu.

Peu de temps avant la visite nocturne, on répandait le bruit qu'un homme âgé, de bonne famille, rentier, était devenu le client assidu des dames du Petit-Château. On chuchotait et l'opinion publique, si friande de racontars salés et si prompte à les propager, commençait à s'émouvoir. On prononçait un nom. Cependant la chose paraissait invraisemblable et on ne voulait guère admettre qu'un homme respectable pût s'abaisser à de pareilles aventures.

— Comment c'est vous, Monsieur ? m'exclamai-je en reconnaissant mon visiteur.

— Oui, docteur, je vous rends grâce d'avoir bien voulu m'accueillir à cette heure. Je n'aurais pas pu

nitale d'origine inconnue, les infections aiguës maternelles survenues pendant la grossesse seront d'une anamnèse précieuse pour l'étiologie de l'affection, surtout si la mère est indemne de toute tare héréditaire.

Traitement des piqûres de moustiques.

L'*Union pharmaceutique* donne la formule suivante, recommandée par M. Joly, médecin de la marine, contre les piqûres de moustiques :

Formol (solution (40 p. 100).	15	grammes.
Xylol	5	—
Acide acétique	0	gramme 50.
ou mieux acétone	4	—
Baume du Canada	1	—
Essence parfumée, q. s. pour parfumer.		

Aucune de ces substances, prises isolément, ne suffit. Pour appliquer la mixture. agiter vivement et toucher la piqûre avec le bouchon imbibé ou un petit tampon, laisser sécher.

Le soulagement est immédiat, et l'auteur n'a jamais observé d'accidents par l'application de cette mixture, même sur le visage.

Nouvelle méthode de résection du poignet.

M. le Dr *Morestin* a décrit dans la *Rev. d'Orthopédie* un nouveau procédé de résection du poignet par la voie cubitale, dont nous empruntons la description à M. Laval, in *Bull. méd.* « Tout d'abord, quelles sont les raisons qui justifient l'emploi de cette voie cubitale. La plus importante se trouve être la difficulté qui résulte de la présence, au poignet, de multiples tendons, avec leurs gaines et leurs coulisses ostéo-fibreuses. L'incision interne permet de repousser en avant tous les tendons antérieurs, en arrière tous les postérieurs. La plupart ne sont pas mis à nu. De la peau au squelette, on ne trouve aucun organe gênant ou dangereux.

« A l'avantage du procédé cubital, nous relevons également la présence d'excellents points de repère, la tête cubitale, l'apophyse styloïde sous-jacente, l'extrémité du cinquième métacarpien, le pisiforme. En outre, l'action de la rugine est plus aisée, les principales difficultés étant en dedans et en avant. Mais, et c'est là principalement ce qu'il faut retenir, la voie cubitale donne une grande commodité pour le morcellement du massif carpien, la dissociation de ses osselets et leur extraction successive.

« Voici, maintenant, comment s'effectue l'opération :

« L'opérateur, saisissant la main malade par la région thénarienne et tournant de son côté le bord cubital, reconnait la tête cubitale et l'apophyse styloïde du cubitus, le cinquième métacarpien, le pisiforme, le tendon du cubital antérieur qui y prend attache. L'incision, longue de 8 à 9 centimètres, est menée longitudinalement à égale distance des faces antérieure et postérieure. Elle commence en haut, entre la tête cubitale et le relief du tendon cubital antérieur, à 3 centimètres au-dessus du pli de flexion du poignet. Plus bas, elle est en arrière du pisiforme ; elle passe en avant de la base du cinquième métacarpien et de la moitié supérieure de cet os. On incise à fond.

« Séparant le pisiforme du pyramidal, on repousse le premier en avant avec les parties molles palmaires.

« La pointe de l'instrument, agissant d'avant en arrière, dénude la styloïde cubitale, l'os crochu,

---

me décider à venir me pendre à votre sonnette en plein jour.

— Vous habitez toujours Montluçon ? Je ne vous ai pas vu depuis longtemps.

— Cela ne doit pas vous surprendre. Je ne sors jamais.

— Je serais allé vous rendre visite chez vous.

— Impossible, cher Docteur, je ne puis vous recevoir chez moi. Mon médecin habituel, celui de l'administration, le saurait, et d'autre part, je ne veux pas m'adresser à lui, vous allez en comprendre le motif. J'ai contracté une maladie vénérienne et je tiens à ce que personne ne le sache, vous seul le saurez et je compte sur votre discrétion.

— Quel âge avez-vous ? — 63 ans.

— Je serais tenté de vous faire des compliments.

— Ils ne seraient guère mérités.

— Mais si..... à 63 ans.

— Oh ! je ne suis pas très fort. — Enfin....

— Je n'aboutis que rarement et avec beaucoup de peine.

— Il a cependant bien fallu....

— Oui, docteur, et c'est sans doute ce qui m'a valu le mal qui m'amène auprès de vous. C'est un plaisir, un vague plaisir, payé fort cher.

— La femme était jeune ? — Oui.

— Elle était malade. — Je n'en sais rien.

— Vous la croyez saine ?

— Je ne suis sûr de rien ; mais elle peut ne pas être malade (un temps)..... Il faut que je vous dise tout. Je suis depuis quelque temps obsédé de désirs vénériens. — Vous avez des érections ?

— Très rares et toujours incomplètes. Mais je pense sans cesse à l'acte sexuel et mon plaisir est d'être avec une femme. Un attouchement prolongé, un contact, des frottements répétés et j'arrive tout de même à l'éjaculation. C'est peut-être cette manœuvre qui m'a échauffé, sans que la femme soit malade.

— Vous avez une maîtresse ?

— Non, docteur, je vais tout simplement chez une femme en carte et qui peut dire qu'elle est indemne de tout principe contagieux ?

— Mais il y a des maisons de tolérance où il y a plus de sécurité ?

— Je n'aurais jamais osé..... On peut rencontrer des indiscrets. — Il y en a partout.

— Je ne crois pas être remarqué où je vais, (un temps).... puis, baissant la voix :

— Je vais sur la place des Sabots.

C'était bien cela. Les potins avaient un fondement sérieux, car c'était son nom que l'on avait prononcé.

— Vous avez encore votre femme?

— Oui, docteur. Mais je ne la vois presque jamais.

— Pourquoi ?

— Depuis son retour d'âge, ça ne me dit rien.

— Je le questionnai sur ses antécédents, que je connaissais en partie. Son père était mort à un âge avancé après avoir présenté des phénomènes vésaniques. Il avait une sœur idiote.

C'était un héréditaire.

Il est des cas où le médecin peut se permettre des remontrances morales.

Dans l'espèce, c'était inutile.

— Je comprends très bien, disait le malade, ce qu'il y a d'étrange et de blâmable dans ma conduite. A mon âge et avec mon impuissance virile, c'est impardonnable. Je me le répète sans cesse à moi-

et sépare la moitié supérieure du cinquième métacarpien des chairs antérieures.

« Alors commence le travail de la rugine, avec laquelle on pèle en avant et en arrière le massif carpien.

« Le temps suivant : morcellement du carpe par dissociation, mobilisation et extraction successive des osselets, est relativement facile. Naturellement, il faut commencer par les os du bord interne pyramidal, et os crochu. L'évidement carpien est aisé jusqu'au moment où il s'agit d'enlever le trapèze.

« Pour mener à bien l'ablation de cet os très mobile, l'opérateur saisit le pouce et refoule sa base vers l'excavation creusée déjà entre les os de l'avant-bras et les métacarpiens. On libère l'osselet à la rugine courbe et on le charge, après avoir traversé l'articulation métacarpienne du trapèze. Puis, avec le davier, on va chercher le même os, déjà complètement détaché par le jeu de la rugine.

« L'énucléation du carpe est terminée. La curette détruit les foyers fongueux, fouille les érosions suspectes. la gouge évide l'extrémité spongieuse du radius, si elle est altérée ou simplement suspecte.

« Les pinces-gouges rognent ensuite et régularisent, à moins que l'os n'étant trop abimé, il ne paraisse meilleur d'en faire une franche résection à la scie.

« Comme on le voit, la résection du poignet peut être menée à bien par la voie cubitale. Il serait puéril de vouloir pour cela contester la valeur des procédés dorsaux, seuls en vigueur actuellement. Ces derniers ont rendu et rendent encore les meilleurs services. Mais, lorsque la nature des lésions ne commande pas l'emploi de la voie dorsale, il semble plus avantageux de recourir au procédé de l'incision cubitale.

« Dans quelles circonstances ce procédé est-il particulièrement indiqué ?

« Chez les sujets jeunes, surtout les jeunes filles ou les femmes, c'est un grand avantage du procédé que l'incision soit unique et reportée sur le bord interne de la main. Cette question d'esthétique « nous paraît trouver ainsi sa solution la plus élégante. »

A côté de cela, l'incision cubitale convient aux malades atteints d'arthrites infectieuses suppurées primitives, ou consécutives à des synovites palmaires. L'énucléation du carpe par voie cubitale met en effet la loge carpienne dans les conditions de drainage idéal.

Enfin, un troisième ordre de faits où la voie cubitale est très recommandable est celui des ankyloses du carpe.

L'auteur, à l'appui de ces considérations, apporte deux observations de résection du carpe par la voie cubitale chez le vivant. L'un des malades était atteint de tumeur blanche, l'autre d'une arthrite suppurée. Ils ont guéri tous deux avec rapidité : les radiographies montrent l'étendue des os réséqués. Ils ont conservé l'un et l'autre assez de mobilité et en même temps assez de solidité pour se servir utilement de leur main opérée.

Le tubage du larynx à la campagne.

M. le Dr *Bertucat*, de Saint-Bonnet-le-Château, rapporte dans le *Lyon médical* l'observation de trois cas de croup qu'il a eu à traiter à la campagne et chez lesquels il a employé le tubage et les injections de sérum. Comme jusqu'ici on a considéré le traitement par le tubage comme peu praticable à la campagne en raison de la surveillance qu'il nécessite, c'est avec un réel

---

même ; mais c'est plus fort que moi. Il faut que j'y aille.

C'était un cas pathologique de dégénérescence : toute observation était vaine. Il n'y avait qu'à le traiter.

J'ordonnai des injections antiseptiques au sublimé ; je prescrivis des boissons alcalines, un régime sévère, et du bromure de potassium pour agir sur les idées passionnelles.

L'écoulement ne fut pas de longue durée.

Six à huit mois après, il était frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

Les faits, dont on vient de lire le récit, sont des types d'amours séniles (1)

Les vieillards qui font le sujet de cette étude, étaient trois héréditaires.

Ils ont été victimes de leurs passions, ou du moins leur passion a été le prélude ou la première manifestation d'un état cérébral qui a abouti chez les uns à l'apoplexie cérébrale, chez l'autre à la démence.

Il me serait facile de citer d'autres et de nombreux exemples d'amour sénile. Mais, ce serait sortir du cadre de mon sujet et ce ne serait qu'une répétition de ceux que j'ai relatés. Je ne veux pas allonger inutilement ce travail.

Cependant le lecteur me permettra de lui parler d'un vieillard de 66 ans, atteint actuellement d'érotomanie. C'est un homme distingué, d'une culture intellectuelle supérieure, et il a conscience de la bizarrerie de ses sentiments qu'il attribue à leur véritable cause.

(1) Le lecteur a compris que par amour sénile il faut entendre toute autre chose que l'amour conjugal, ou l'amour pot-au-feu de Monsieur et Madame Denis.

— A mon âge, dit-il, on est heureux d'aimer.

...Trahit sua quemque voluptas.

C'est un héréditaire, un émotif, un anxieux, un obsédé : Sa mère est morte démente.

Pauvre humanité, quel triste sort est le sien !

Sans compter les déceptions et les dénis de justice si communs à cette heure, les intempéries et les accidents, les faiblesses, les maladies, les deuils de famille et les revers de fortune, sans compter la mort, cette suprême et inéluctable condamnation, l'homme est l'esclave de l'ambiance qui le paralyse et lui impose des ennuis qui peuvent le pousser au désespoir. Il est le jouet d'une force mystérieuse, d'une puissance occulte qui lui laissera bien, pendant un temps, ses mouvements et son libre arbitre ; mais il arrive une heure, surtout quand le système nerveux a été éprouvé par les peines de la vie, où ce bourreau saisit sa victime et ne la laisse plus échapper.

L'homme veut suivre son chemin. Une voix implacable comme le Destin lui crie : « Marche ; tu n'es pas ton maître. Suis cette route qui t'est préparée ».

Et le malheureux obéit. Il a parfois conscience de la force qui le domine ; mais toute résistance est inutile. Il faut obéir et il s'exécute par des actes qui sont souvent un véritable suicide.

Ἀνάγκη, disaient les Grecs.

Fatalisme, disent les Mahométans.

Atavisme, dit la science.

Trahit suum quemque fatum.

Amours séniles, amours morbides.

Amours psychopathiques.

P. Coulhon, de Montluçon,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

intérêt qu'on lira les conseils de technique donnés par M. Bertucat.

Les instruments indispensables sont :

Une série de 6 tubes gradués avec mandrins articulés ;

Un manche universel pour mandrins ;

Un écarteur des mâchoires de Denhart ;

Une pince extractrice du Dr Rabot ;

« L'enfant maintenu par un aide, l'écarteur des mâchoires mis en place, j'aborde le larynx latéralement, mais j'évite autant que possible de toucher avec l index gauche les aryténoïdes, de plonger dans la cavité du larynx, comme il est recommandé de le faire, afin de ne pas provoquer de spasme du larynx. Je me contente d'aller immédiatement à la recherche de l'épiglotte, que je rabats *fortement* en avant sur la base de la langue qui se trouve du même coup ramenée en avant *très fortement*. Cette manœuvre a pour but de faire disparaître la saillie souvent considérable de la base de la langue qui gêne l'introduction du tube et le fait dévier, si on n'y prend garde, vers la paroi postérieure du pharynx et de là dans l'œsophage : ce procédé m'a toujours réussi.

« Un seul aide suffit : je le prends quelconque, et ce n'est pas là l'une des moindres supériorités du tubage sur la trachéotomie que de pouvoir opérer pour ainsi dire tout seul son malade.

« J'enlève toujours le fil, car il y a trop d'inconvénients à le fixer à la joue de l'enfant.

« L'extraction est peut-être plus difficile que le tubage, mais on y arrive vite avec un peu d'habitude, en observant les mêmes précautions que pour le tubage. Une seule fois, au début, je n'ai pu y parvenir avec l'extracteur, mais j'ai réussi très bien en ayant recours au procédé que préconise le docteur Rabot : enfant couché sur les genoux d'un aide, la tête ramenée et baissée par son propre poids en dehors du genou droit de l'aide, immobilisation du larynx par la main droite en appuyant sur la grande corne de l'os hyoïde, écarteur des mâchoires mis en place, l'index gauche est glissé sous la tête du tube qu'il fait basculer en avant.

« Aucun de mes malades n'a eu de complications thoraciques, cela tient sans doute au milieu dans lequel je me trouvais, et à ce que j'ai eu affaire à des cas isolés et non à une épidémie du croup.

« Ce qui rend si élevée la mortalité dans les hôpitaux, ce sont les complications thoraciques : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, sont fournis par le milieu encombré des hôpitaux.

« Seul, mon dernier malade a conservé la voix rauque : comme le cas est récent, il y a tout lieu de croire que cette raucité disparaîtra à bref délai. »

M. Bertucat se promet d'ailleurs de suivre ses malades à ce point de vue-là et de faire un examen laryngoscopique dès que leur âge le permettra.

Les résultats obtenus prouvent que l'on peut mettre efficacement un tube à un enfant sans qu'il soit nécessaire d'établir un gardien expérimenté autour du malade, et que l'on peut faire un tubage à des distances relativement considérables de l'endroit où l'on habite.

Indications thérapeutiques de la myocardite rhumatismale.

M. le Dr *Janot*, de Paris, a publié dans la *Gaz. hebdomadaire* une très complète revue sur la myocardite aiguë rhumatismale, ses lésions, ses symptômes, son pronostic ; nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs sur la partie thérapeutique qui découle rationnellement de cette étude.

Les indications thérapeutiques dérivent de l'état de faiblesse de la fibre cardiaque.

Un premier point est de faire dans la mesure du possible la *prophylaxie* des accidents myocardiques. Pour arriver à les prévenir, aussi bien que les autres complications cardiaques, certains auteurs ont insisté sur la nécessité du *repos absolu* au cours du rhumatisme aigu, alors même que les phénomènes articulaires ne le nécessitent pas.

En dehors de cette réduction au minimum du travail cardiaque, il importe de lutter contre l'élément d'infection générale qui ne manque jamais dans ces formes de rhumatisme. Le traitement médicamenteux peut être employé, mais il faut s'adresser également aux *toniques généraux* (Merklen). Les injections sous-cutanées de doses moyennes de sérum artificiel, les boissons toniques légèrement alcoolisées assez abondantes pour entretenir, avec le régime lacté, une large dépuration urinaire, seront avantageusement employées. L'extrait de quinquina, le sulfate de quinine pourront également être utilisés comme le prouve le cas de Hardy.

M. Janot croit qu'on aura avantage à donner avec prudence le *salicylate de soude*. Delancey Rochester conseille les doses élevées, mais bien des auteurs paraissent craindre une action dépressive sur le muscle cardiaque déjà altéré. En 1898, à la Société clinique de Londres, Maclagan, Dyce Duckworth, Herringham, se montrèrent partisans de doses modérées, administrées en surveillant de près la tolérance, remplaçant au besoin le salicylate par la salicine et l'associant à l'alcool. Lees prétendit que les cas d'action dépressive du salicylate n'étaient dus qu'à la péricardite et resta partisan des doses élevées. M. Janot croit cependant préférable le premier mode d'administration par doses fractionnées atteignant 6 grammes au maximum par 24 heures.

En Angleterre, on recommande en outre le *traitement alcalin* dont le pouvoir préventif serait, pour Walsh, supérieur à celui du salicylate, et qui correspondrait à la théorie pathogénique proposée par Lees, qui admet que le muscle cardiaque est altéré par une toxine microbienne analogue à l'acide lactique.

Si, malgré le traitement préventif, les complications myocardiques surviennent, l'indication du repos absolu deviendra plus impérieuse encore. Dès que l'on constatera que la matité cardiaque s'accroît constamment, qu'elle atteint presque le bord droit du sternum, que les moindres mouvements sont suivis d'oppression ou de tachycardie, il faudra éviter toute occasion de surmenage et de défaillance. Le malade sera invité au calme le plus absolu, ne s'assoiera plus sur son lit, on le fera boire de façon à diminuer ses efforts.

On pourra rendre au cœur une partie de sa

tonicité par l'application de compresses froides sur la région précordiale ou même par l'application d'une vessie de glace pendant plusieurs heures par jour. On pourra enfin, dès cette période, sans attendre les accidents graves, administrer les toni-cardiaques avec précaution, caféine, strophantus, strychnine ou bien injections sous-cutanées d'huile camphrée. La digitale pourra également être administrée avec une prudence extrême et alors qu'un examen approfondi du cœur aura bien montré qu'il n'est pas dans un de ces états de dilatation extrême qui contre-indiquent d'une façon absolue son administration, comme M. Merklen l'a indiqué récemment.

Au cours de la *convalescence* les mêmes indications seront observées. Longtemps après la fin des douleurs, le malade sera maintenu au lit. Le retour à l'activité se fera d'une façon graduelle et progressive. Au besoin, s'il persiste un certain degré de dilatation cardiaque, si l'aire de matité s'accroît encore lors des efforts, on pourra faire bénéficier le malade d'une cure thermale hygiénique et tonique.

Lorsque malgré ces précautions, des *phénomènes aigus graves* de collapsus surviennent, il faut y parer au plus vite. Allonger le malade la tête basse. Pratiquer des injections hypodermiques d'éther, de caféine ou mieux encore d'huile camphrée au 1/10e.

Dès que les accidents immédiats sont conjurés, la révulsion sur la région précordiale doit être mise en œuvre soit sous forme de ventouses scarifiées, pointes de feu répétées, compresses très chaudes ou vessie de glace maintenue en permanence.

On administrera simultanément par la voie hypodermique les toni-cardiaques, caféine ou strophantus, surtout si le cœur est irrégulier. Enfin on pourra administrer l'ergotine. On agit au moyen de ce médicament, d'après M. Huchard, sur les vaisseaux périphériques dont le rôle est des plus considérables comme éléments de renforcement systolique du cœur. On devra être des plus réservés sur l'administration de la digitale, surtout dans ces cas de défaillance cardiaque.

Enfin le traitement des *suites éloignées* de la myocardite rhumatismale sera surtout un traitement hygiénique : on évitera au malade les grandes fatigues, le sport, les excès, on sait que certaines parties de son myocarde sont mauvaises et faibles. On évitera toute intoxication surajoutée, alcool ou tabac. Et surtout on évitera le froid humide de façon à prévenir dans la mesure du possible les nouvelles attaques rhumatismales. Le traitement hydro-minéral pourra rendre dans un but prophylactique des services notables.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Traitement des fractures des membres.

Une des questions à l'ordre du jour du dernier Congrès Belge de chirurgie a été celle du traitement des fractures des membres. De nombreuses communications ont été faites sur ce sujet, et, parmi les principales, nous retiendrons surtout celles des Drs Tuffier et Loubet et du Dr Bilhaut, de Paris, qui sont du plus haut intérêt par le nombre et l'importance des faits cités, la compétence de leurs auteurs et l'incontestable utilité pratique de leurs conclusions.

Nous avons déjà eu l'occasion de traiter la question de la thérapeutique des fractures des membres et de préconiser le massage comme le meilleur et le plus parfait des moyens curatifs, ainsi que l'a montré le Dr Lucas-Championnière ; mais nous estimons que la méthode du massage ne saurait être suffisante pour tous les cas et qu'en somme, il y a toujours place pour les études et les recherches de procédés plus perfectionnés, applicables dans certaines conditions spéciales. Ce n'est donc pas une série de méthodes nouvelles destinées à supplanter le massage que nous étudierons aujourd'hui, mais des méthodes adjuvantes.

I

COMMUNICATION DE M. LE Dr BILHAUT.

M. Bilhaut insiste, tout d'abord, sur la nécessité d'appliquer le traitement aussitôt que possible après l'accident. Ce traitement doit consister en une réduction soignée et pour laquelle le chirurgien suffisamment exercé par l'étude du nu doit s'efforcer de rendre à la région son aspect habituel.

Dans tous les cas où il y a un déplacement marqué, la réduction doit être effectuée sous le chloroforme.

« Le chirurgien sera utilement guidé, dans les manœuvres de réduction des fractures diaphysaires, par l'examen à l'écran fluorescent. Je conseille pour cela d'installer dans le laboratoire de radiographie le matériel nécessaire pour la réduction et la contention des fractures.

La radioscopie, suffisante pour l'examen des diaphyses, sera complétée par la radiographie dans le cas de fractures épiphysaires pouvant être accompagnées de luxation ; la prise d'une radiographie de face et de profil est nécessaire pour éviter les erreurs d'interprétation.

La contention doit être faite dès que les manœuvres de réduction auront été exécutées, et je préfère, à l'appareil à gouttière, l'enveloppement total du membre au moyen de bandes de tarlatane frottées de plâtre. Une légère couche d'ouate suffira à parer à un serrage qui serait un peu trop énergique.

Les jointures seront mobilisées de bonne heure ; on aura très utilement recours au massage. Dans l'intervalle des séances de massage, on replacera le membre fracturé dans l'appareil amovible.

Pour les fractures compliquées de plaie, on les soignera par les moyens antiseptiques et on les immobilisera avec des appareils construits de telle sorte que les pansements puissent être aisément renouvelés.

L'ouverture d'un foyer de fracture, pour pratiquer la suture osseuse, doit être considérée comme un traitement tout à fait exceptionnel et réservé aux seuls cas où le chirurgien aura acquis la certitude de ne pouvoir obtenir la réduction.

La fracture de la rotule est la seule qui soit justiciable de la suture osseuse.

L'olécrâne fracturé peut guérir par création d'un cal osseux, solide, permettant le retour

de la fonction, grâce à l'immobilisation en attitude droite, et à la condition formelle de remplacer fréquemment l'appareil et de produire des mouvements passifs de flexion. »

Nous avons eu l'occasion récemment de décrire une opération nouvelle préconisée par M. Legueu pour la cure de la fracture de l'olécrâne et qui se nomme le cerclage de l'olécrâne.

L'absence totale de consolidation à la fin du temps normal du traitement d'une fracture donne lieu à l'intervention sanglante. Elle consiste dans la libération des parties solides qui, le plus ordinairement, font obstacle à la formation du cal et à l'union osseuse.

On complètera par un avivement des fragments osseux et leur suture suivie d'immobilisation dans le plâtre.

II

Communication de MM. Tuffier et Loubet.

D'après ces auteurs, la réduction anatomique des fractures est beaucoup plus difficile à obtenir et beaucoup plus rarement obtenue qu'on ne l'a écrit. Les signes cliniques sur lesquels on s'appuyait pour admettre la coaptation sont toujours incertains, souvent trompeurs : ils doivent céder le pas à la radiographie, qui nous renseigne seule sur l'existence de la fracture, le nombre des fragments et leur situation respective.

Ce mode d'investigation donne des résultats valables et légitimes, si on a soin de prendre 2 épreuves, de face et de profil, avant et après les tentatives de réduction, et si ces épreuves sont exécutées dans les mêmes conditions optiques. De l'examen de ces épreuves, nous pouvons conclure, pour les fractures avec un déplacement notable, que l'irréductibilité est la règle et la réduction anatomique est la grande exception. Toute radiographie unique n'a aucune valeur.

L'anesthésie du malade, la traction suffisante et l'immobilisation dans un appareil plâtré, donnent des résultats imparfaits. L'extension continue bien faite donne des résultats meilleurs, mais la preuve et les limites de son efficacité n'ont pas été scientifiquement exposées. Les *réductions cliniques* ainsi obtenues peuvent être suffisantes et elles le sont dans le plus grand nombre de cas, elles corrigent les déviations suivant l'axe, suivant la direction qui sont les plus importantes, mais elles sont impuissantes à amener la coaptation suivant la longueur et l'épaisseur. Il est impossible de poser à l'heure actuelle des règles précises pour montrer où doit s'arrêter une réduction clinique. Nous croyons toutefois que la coaptation des surfaces fracturées est une garantie contre la formation d'un cal volumineux, exubérant, origine des troubles fonctionnels permanents et progressifs. C'est pourquoi, dans tous les cas où la radiographie nous montrera cette coaptation insuffisante, nous pensons qu'il faudra avoir recours à la réduction à ciel ouvert.

Les fractures apophysaires (tubérosités de l'humérus, du fémur, du calcanéum), souvent méconnues, seront justiciables, soit de l'immobilisation dans une position spéciale, le bras écarté à angle droit du tronc pour certaines fractures humérales, soit de la suture, soit de l'ablation des fragments s'ils sont multiples avec suture du cartilage à la nouvelle surface cruentée (procédé chondroplastique). Le résultat fonctionnel sera sans contredit meilleur que si on laisse se produire une consolidation vicieuse par un cal volumineux.

Les fractures diaphysaires, réduites à ciel ouvert, seront soumises à une coaptation exacte, en sacrifiant le moins possible les esquilles nécessaires à la résistance de l'os ; le maintien de la coaptation sera assuré par l'engrénement exact des surfaces fracturées, ce qui suffit parfois, ou par une suture de fil de bronze d'aluminium — en se rappelant que l'abandon de corps étrangers dans les plaies doit être réduit à son minimum. Ce sont surtout les fractures de la jambe et certaines variétés moins nombreuses de la clavicule qui rentreront dans cette catégorie.

Les fractures épiphysaires, articulaires, accompagnées de grands déplacements radiographiquement constatés et non réductibles, doivent relever du seul traitement sanglant, qui est leur traitement normal et non un *ultimum refugium*, suivant l'expression de Konig. Pour la rotule, l'olécrâne, la démonstration est faite. Nous avons cherché à faire rentrer dans ce cadre la tête de l'humérus, le coude, les condyles fémoraux. L'extrémité supérieure du fémur, les malléolaires échappent à l'intervention, et pour certaines fractures graves de l'extrémité inférieure du radius, on tend à récuser toute réduction sanglante.

Pour toutes les fractures qui sont justiciables de la réduction à ciel ouvert, la précocité de l'intervention, la suture des surfaces fracturées et la reconstitution anatomique des extrémités articulaires aussi parfaite que possible, nous éviteront seuls les troubles fonctionnels graves qui mènent souvent l'articulation à l'ankylose ou le membre à une impotence fonctionnelle relative.

III.

En somme, la chirurgie moderne, toujours plus audacieuse, veut traiter par la suture directe les extrémités osseuses fracturées : c'est évidemment la méthode rationnelle et scientifique, mais il faut avant tout : 1° que la fracture soit toute récente et qu'on n'ait pas laissé à l'épanchement le temps de se produire ; 2° que l'asepsie et l'antisepsie les plus rigoureuses soient fidèlement observées. Toutefois, pour les fractures juxta-épiphysaires et épiphysaires, rien ne vaut l'application d'une bonne gouttière plâtrée amovible que l'on retire tous les jours pour pratiquer le massage d'après la méthode du Dr Championnière. La difficulté de la suture directe est précisément l'abondance des esquilles et des fragments pointus qui se désagrègent lorsqu'on cherche à les coapter à découvert et qui empêchent le rapprochement exact de toutes les surfaces désunies. Dans la diaphyse, ces esquilles sont peu gênantes ; au besoin on peut les régulariser à la pince coupante, mais aux épiphyses, ce serait s'exposer à de graves mécomptes que d'en essayer la régularisation ; autant vaudrait faire tout de suite la résection.

Donc, tout en acceptant les progrès modernes, montrons-nous circonspects dans leurs applications et réservons la suture directe osseuse pour les cas vraiment irréductibles sous le chloroforme excepté toutefois pour les fractures de rotule ou

d'olécrâne, qu'il vaut certainement mieux suturer. La demi-immobilisation, l'extension continue et le massage constituent seuls, après une bonne réduction et une rectiligne coaptation, les procédés les plus sûrs et les plus universellement applicables.

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE MÉDICALE

Le *British medical Journal* vient de consacrer un de ses numéros, en entier, à l'étude de la variole. Plusieurs spécialistes autorisés, Colcott Fox, Cope, Wanklyn, Blaxall, encore aux prises avec la longue et sérieuse épidémie qui a sévi dernièrement sur la patrie de Jenner, sur Glascow et sur Londres en particulier, y ont consigné des remarques intéressantes, fruit de leur expérience. Nous en détacherons deux questions plus particulièrement importantes pour le praticien : la première a trait au diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle, la seconde aux principaux accidents morbides de la vaccine.

I

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA VARIOLE ET DE LA VARICELLE.

La variole et la varicelle peuvent assez facilement être confondues. Ainsi, dit M. Mac Connel Wanklyn, sur 7200 malades envoyés au pavillon d'isolement avec le diagnostic de variole, 200 étaient atteints de varicelle. Il n'est donc pas sans utilité de chercher à nettement établir les caractères distinctifs des deux affections.

Les commémoratifs n'offrent pas une bien grande valeur. Souvent ils sont à peu près semblables, la varicelle s'annonçant volontiers chez l'adulte comme la variole. Souvent aussi ils manquent de précision ou sont inexactement rapportés par le malade et son entourage. A ce double point de vue ils exposent à de fréquentes erreurs. Ici, plus qu'ailleurs encore, le médecin doit s'en tenir à ce qu'il voit personnellement et mettre en pratique les sages conseils de Sir Humphry à ses élèves : « les yeux, d'abord et surtout, les mains ensuite, la langue enfin et le moins possible ».

Les notions tirées de l'âge ne sont pas non plus une aide bien sérieuse. Sans doute la varicelle est moins fréquente chez l'adulte en raison (comme pour la rougeole et la scarlatine) de l'immunité due aux atteintes antérieures et de la plus grande résistance de l'organisme, une fois celui-ci complètement développé. Une telle donnée, néanmoins, est relative : sur les 200 cas de varicelle dont j'ai parlé, par exemple, 16 % concernait des sujets au-delà de 18 ans.

Les symptômes généraux offrent déjà, dans le diagnostic différentiel de la varicelle et de la variole, plus d'utilité. La première s'accompagne communément d'une élévation thermique modérée, de malaise, de céphalalgie, de courbature, mais par contre une forte fièvre, les douleurs lombaires et les vomissements y sont rares. Il est un fait qui doit attirer l'attention du clinicien, c'est l'aspect extérieur et surtout le facies du patient. Dans la variole il existe toujours — ou à bien peu d'exceptions près — une prostration intense et de la flaccidité musculaire. Ce phénomène peut être noté sur tous les muscles volontaires, mais il est particulièrement accusé et reconnaissable sur les muscles de la figure. Le malade demeure anéanti, couché, dans la situation d'un individu qui vient d'accomplir un exercice physique très violent, les membres flaccides, les muscles relachés, le visage revêtant dans sa physionomie une expression d'abattement spéciale.

Un malade recouvert d'une éruption abondante dont la figure est alerte, l'attention éveillée et l'intelligence nette, n'est vraisemblablement pas atteint de variole. Un varioleux, à ce degré, aurait un facies triste, sans expression, fatigué et inattentif.

Arrivons maintenant aux vrais éléments du diagnostic différentiel, ceux qui relèvent de l'éruption, de sa topographie et de ses caractères.

Distribution de l'éruption. — Signe très important dont l'auteur a tiré grand parti pour la reconnaissance des 7000 cas de variole observés au cours de la récente épidémie de Glascow.

L'éruption variolique, on le sait, est particulièrement abondante sur la face, les poignets, les mains et les pieds. Elle est beaucoup plus discrète sur le tronc. L'éruption de varicelle, au contraire, domine sur le thorax ; les avant-bras et les mains n'étant que faiblement atteints. Ces faits sont connus, mais on n'a pas, jusqu'à ce jour, assez insisté sur leur constance. Dans la varicelle, plus on se rapproche des extrémités (avant-bras, mains, jambes, pieds) plus les éléments éruptifs sont rares et disséminés. Assurément quelques vésicules à la paume des mains ou aux pieds n'excluent pas cette maladie : le fait capital, le criterium en l'espèce, réside dans la distribution *relative* de l'éruption, sa prédominance spéciale est très tranchée au tronc comparativement aux membres. Le contraste est frappant si l'on a soin de faire asseoir sur son lit le malade, nu jusqu'à la ceinture, les bras croisés laissant visibles le dos des mains. C'est l'opposé exactement pour la variole.

Caractères de l'éruption.—Les boutons de variole ont, d'après la description classique, d'abord l'aspect d'une balle dans la peau. Ils se transforment ensuite en pustules ombiliquées, c'est-à-dire à dépressions centrales. Ces particularités morbides ne sont toutefois que de frêles appuis pour le diagnostic, car, si elles s'observent aisément et sont très accusées dans les cas simples, elles manquent souvent, par contre, dans les cas difficiles et embarrassants. Ce n'est pas tout. Non seulement l'ombilication et la forme en balle ne sont pas constants dans la variole, mais encore ils n'y sont pas pathognomoniques. On les voit très bien quelquefois dans la varicelle, chez l'adulte, à peau épaisse de préférence.

La véritable distinction entre l'élément éruptif varioleux et le varicelleux réside dans le plus ou moins de profondeur de la lésion dans la peau. Le bouton de varicelle est superficiel, la vésicule y est précoce et arrive rapidement à maturité, l'escarre se détache vite et est légère. Ce n'est qu'exceptionnellement, par des grattages ou de la malpropreté, qu'il se forme des ulcères ou des escarres profonds.

On reconnaît la superficialité de l'élément éruptif varicelleux à la délicatesse et à la finesse

de la pellicule qui couvre la vésicule lui donnant, avec son contenu séreux, la translucidité de la perle. On s'en rend compte également en faisant, au niveau du bouton, un pli à la peau et en roulant ce pli entre le pouce et l'index.

La forme et les bords de la vésicule de varicelle sont, en outre, caractéristiques. La forme, en premier lieu, irrégulièrement ovale, à grand axe parallèle aux plis cutanés de la région, ce qui s'apprécie plus clairement à l'aisselle et aux flancs. Les bords, ensuite, fréquemment crénelés et peu réguliers.

Autre point digne d'être noté : les éléments de varicelle pris sur une surface donnée du revêtement cutané sont dissemblables comme grandeur, aspect et développement. A côté de grosses vésicules se rencontrent de petites pustules ou des boutons avortés.

A une période plus avancée de la maladie, le diagnostic repose presque entièrement sur la distribution des escarres et des cicatrices. La variole a pour elle ses croûtes discoïdes et ses cicatrices spéciales.

Conclusion : le diagnostic de la variole et de la varicelle s'appuie, non pas sur un seul, mais sur un ensemble de signes différentiels. Les plus importants sont le degré de profondeur des lésions dans la peau et surtout la distribution relative des éléments éruptifs.

II

Les complications de la vaccine.

Chez un sujet sain, l'inoculation d'une lymphe vaccinale pure est suivie de manifestations locales et générales nettement définies. L'ensemble de ces manifestations, lorsqu'elles n'excèdent pas certaines limites, constitue ce que l'on appelle la vaccine normale. Au-delà, il y a complication.

Il est, tout d'abord, dans l'évolution des boutons de vaccin, un certain nombre d'irrégularités de modeste importance. Tels la diminution ou l'allongement de la période d'incubation qui atteint parfois 15 jours et même, dit-on, un mois. Tel le retour d'une pustule après quelques semaines. Tels également, le maintien à l'état aqueux du contenu des éléments éruptifs, ou leur purulence trop rapide, ou leur tendance hémorrhagique. Celle-ci, lorsqu'elle ne relève pas d'un traumatisme, doit faire penser à une contamination.

Les revaccinations ont une double conséquence : s'il y a succès, les phénomènes inflammatoires réactionnels sont volontiers exagérés (Brouardel) ; dans le cas contraire, si l'immunité antérieurement acquise n'est pas épuisée, les pustules avortent et l'éruption se réduit à une papule rosée à peine vésiculée (vaccinoïdes d'Hervieux).

On a décrit en Amérique sous le nom d' « excroissance framboisiforme » un accident singulier de la vaccine qui apparaît habituellement entre 3 et 7 jours après l'inoculation. Il débute par une saillie rouge, laquelle, au lieu de tendre au stade vésiculeux, reste indurée, épaisse, brillante, ressemblant à un petit nævus. Il se prolonge généralement longtemps, des semaines et des mois, ne conférant aucune immunité (Welsch) ou une immunité momentanée (Fielder).

La vaccination est susceptible de s'accompagner d'une réaction inflammatoire locale excessive. L'idiosyncrasie du sujet joue certainement un rôle prédisposant, de même la fatigue excessive du bras inoculé. Mais une réaction réellement sérieuse ne se montre guère qu'après une infection locale, soit primitive, par des instruments ou une lymphe impurs, soit secondaire par des pansements malpropres ou l'absence de soins. Il n'est pas exceptionnel de voir, alors, une aréole inflammatoire étendue et progressive (pseudo-érysipèle), l'œdème du membre, la sensibilité et l'engorgement des ganglions lymphatiques afférents.

Normalement, la pustule vaccinale guérit avant la fin de la troisième semaine. Les traumatismes, les pansements malpropres augmentent ce délai dans de plus ou moins notables proportions. D'autre part, la confluence des boutons, trop voisins ou trop nombreux, l'excès de poussée inflammatoire conduisent parfois à des pertes de substance et à des ulcérations d'étendue variable. Celles-ci guérissent rapidement lorsqu'elles sont de bonne nature, sinon elles peuvent s'étendre et prendre une forme phagédénique. Pour expliquer de tels accidents, il convient, soit de faire simplement intervenir des influences secondaires, soit de mettre en cause la lymphe, chose plus grave, car tous les sujets vaccinés sont atteints et les ulcères sont épidémiques (exemple de Leloir). Signalons aussi l'hypertrophie des cicatrices : la vraie kéloïde est rare.

Parmi les complications proprement dites de la vaccine, les éruptions attirent l'attention en premier lieu. Les pustules vaccinales peuvent, on le sait, s'auto-inoculer d'un point quelconque du revêtement cutané à un autre ; mais, la généralisation spontanée de l'éruption de vaccine est peu commune (8 fois sur 500.000 vaccinations d'après Chauveau et 3 fois sur 170.000 d'après Bondersen). Elle apparaît habituellement, lorsqu'elle a lieu, au moment de la maturité des pustules principales ou dans les deux jours qui la précèdent et la suivent. Un enfant qui suce ses propres boutons de vaccin est menacé de présenter, par introduction indirecte du virus dans les voies digestives et circulatoires, une éruption généralisée.

La vaccine s'accompagne quelquefois d'exanthèmes cutanés de types et de formes très variés, depuis l'érythème simple jusqu'au pemphigus. Sur un total de plus de 4000 cas, Sobel a trouvé une proportion de 2 % d'éruptions généralisées. On doit rapprocher celles-ci, comme pathogénie, des exanthèmes observés après les injections hypodermiques de sérum, anti-toxines, solutions salines physiologiques, etc. On les rencontre avec du virus vaccinal pur : elles sont alors bénignes, de courte durée, de peu d'importance et dues à une idiosyncrasie du sujet. Elles peuvent, il est vrai, dépendre d'une lymphe malsaine ou d'une contamination des pustules. Elles se résument à quelques taches rosées ou prennent une apparence morbilliforme, scarlatiniforme ; dans certaines circonstances, elles affectent l'aspect de l'urticaire, du lichen, du pemphigus, du purpura, de la simple miliaire ou du complexe érythème polymorphe.

Deux mots sur les complications gangreneuses, vaccine gangreneuse des auteurs. Elle est très rare et doit être distinguée de la nécrose locale qui se montre, nous l'avons vu, aux points

d'inoculation du virus. Le terrain, les défectuosités de l'état général, certains micro-organismes spéciaux en sont les causes.

Autre chose : une lymphe primitivement infectée par le staphylocoque ou le streptocoque est susceptible de produire d'emblée une intoxication de l'organisme, se traduisant par des éruptions, des furoncles, abcès, érysipèles, etc. Ces troubles morbides, toutefois, ont plus fréquemment leur origine dans une instrumentation malpropre, des soins et des pansements ultérieurs septiques.

Autre fait d'observation : la vaccine, de même que les autres infections spécifiques, favorise le développement de certaines affections, l'eczéma et le psoriasis, par exemple. On a vu plusieurs fois ce dernier débuter au cours d'une évolution vaccinale.

Reste enfin tout un groupe de maladies graves, le tétanos, la lèpre, la tuberculose et la syphilis qui peuvent être inoculés, soit pendant l'opération, soit après elle, par des contacts impurs. Le tétanos est infiniment exceptionnel, dans nos pays du moins. Plus rare encore la lèpre, dont la contamination, d'ailleurs, n'est pas très rigoureusement prouvée.

On a signalé différents cas de tuberculose (des lupus en particulier) apparus au cours de la vaccine. En ayant soin de vérifier si la génisse d'où provient la lymphe n'est pas tuberculeuse (elle l'est rarement), en se servant de pansements convenables, on ne doit plus observer cette complication. Il en va de même pour la syphilis vaccinale. L'emploi du virus animal et l'asepsie des lancettes la rendront absolument nulle.

Les accidents et les complications possibles de la vaccine sont donc extrêmement nombreux. En réalité, il en est bien peu qui ne soient évitables, grâce aux précautions suivantes :

Emploi d'une lymphe animale pure ;

Asepsie des instruments et de l'opération ;

Protection de la région inoculée par des pansements propres. Avant l'inoculation, la peau sera lavée au savon, rasée, lotionnée à l'éther, puis à l'alcool. Les piqûres seront superficielles et pratiquées avec des instruments stérilisés. Enfin, les pansements devront être faits avec du lint aseptique, sans désinfectant chimique.

Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGERE

Sous quelles influences la matité typique de la fosse iliaque droite peut-elle manquer dans l'appendicite ?

Il n'est pas sans intérêt d'appeler à maintes reprises l'attention des praticiens sur les formes si variées que peut revêtir une maladie aussi grave que l'appendicite. Parmi les symptômes cardinaux de cette affection, il en est un qui, dans l'esprit de nombreux cliniciens, ne peut jamais manquer : c'est la matité de la fosse iliaque droite. C'est là une grosse erreur, sur laquelle vient d'insister le professeur Riedel (Allemagne).

Cette matité iliaque est fonction de l'infiltration inflammatoire, qui accompagne souvent les lésions de l'appendice ; or, nombreux sont les cas qui peuvent évoluer sans ce symptôme important, et ce sont précisément les plus graves, ceux qui amènent rapidement la mort, car l'infiltration, qui traduit une défense énergique de l'organisme vis-à-vis de l'ennemi envahisseur, n'a pas eu le temps de se former.

Le médecin ne doit donc pas ignorer sous quelles influences cette infiltration peut ne pas se constituer, pourquoi une infiltration peut être méconnue soit à la palpation, soit à la percussion, pourquoi une infiltration, tout d'abord décelée, peut disparaître sans amélioration concomitante du malade, en résumé pour quels motifs la matité, située au-dessus du ligament de Poupart, manque dans un grand nombre de cas (au moins dans 30 pour cent des cas d'après le professeur Riedel. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1902, n° 31.)

Les idées de Riedel sont basées sur 313 observations d'appendicite, et sur de nombreux examens microscopiques d'appendices extirpés au cours des interventions.

D'après l'auteur, cette infiltration iliaque typique manque lorsqu'il n'existe pas d'adhérences anciennes, quelle que soit la situation de l'appendice dans l'abdomen. Dès lors, le processus vermiforme peut, à n'importe quel moment, sous l'influence d'un calcul stercoral, d'un corps étranger quelconque, ou de quelqu'autre cause pathogénique ordinaire, devenir le siège soit d'une inflammation légère (séreuse), soit d'une inflammation plus grave (purulente ou gangreneuse), d'une péritonite bénigne ou sévère, avec perforation directe dans la cavité abdominale.

Cette absence d'infiltration fait souvent commettre des regrettables erreurs de diagnostic. Etant donné que les vomissements peuvent être intenses, même dans l'inflammation séreuse, le malade entre à l'hôpital avec le diagnostic d'ileus, quoi qu'il n'existe aucune obstruction intestinale. Si les vomissements font défaut, phénomène susceptible de manquer même au début de l'inflammation purulente, on se base sur la douleur abdominale pour croire à une péritonite généralisée d'origine inconnue. Malheureusement, l'affection a une marche si rapide, qu'il est souvent impossible de sauver le malade, même en opérant dans les 24 heures.

La situation est moins grave, quand des adhérences se sont formées. Il s'est en effet écoulé un certain laps de temps entre le début de l'affection et l'apparition des symptômes morbides, ne fût-ce qu'un jour, et il est plus facile de sauver le malade. La chose importante est de savoir s'il est possible de déceler rapidement l'exsudat. Ici, contrairement à l'hypothèse précédente (manque d'adhérences), la situation de l'appendice joue un grand rôle. Si l'appendice est voisin de la paroi abdominale antérieure, rien n'est plus simple, car la tuméfaction iliaque apparaît rapidement telle qu'elle était décrite par les anciens auteurs dans la pérityphlite ; en pareil cas, le processus vermiforme se trouve en avant du cæcum. Lorsqu'il est situé derrière cet organe, l'exsudat est moins commode à déceler au début. S'il occupe une position inférieure par rapport au cæcum, et surtout s'il est dirigé en arrière, l'infiltration peut manquer en apparence, car elle se trouve recouverte par le cæcum et le péritoine.

Naturellement, la fosse iliaque est libre quand l'appendice se trouve dans une direction ascendante vers le foie ; la tuméfaction peut alors

faire croire à une inflammation de la vésicule biliaire, quoi qu'en pareil cas, à moins d'une affection particulièrement intense, elle se rapproche davantage de la ligne médiane.

Quand enfin, l'appendice est situé dans le petit bassin, il devient impossible de déceler l'exsudat; ce n'est qu'au bout d'un certain laps de temps, plein de dangers pour le malade, qu'on arrive à le trouver soit par le rectum, soit par le vagin. On note alors un ballonnement considérable du ventre, quand l'abcès n'adhère pas aux parois du bassin, de la douleur périombilicale, des signes d'ileus, puisque les anses intestinales du petit bassin sont agglutinées, des besoins de miction, et même de défécation, qui restent sans effets. La vessie semble pleine, mais le cathétérisme n'amène aucune trace d'urine, puisqu'elle est vide: c'est une infiltration sous-séreuse qui a pu augmenter ses dimensions ; ce sont les anses intestinales expulsées par un abcès du petit bassin, qui l'ont refoulée vers l'ombilic. Cet abcès peut même évoluer vers la fosse iliaque gauche, ou vers l'échancrure sciatique. Toujours est-il qu'en pareil cas l'affection prend au début des allures diffuses et insidieuses.

Les malades qui présentent ces symptômes doivent être d'autant plus soigneusement examinés que l'on ne doit pas toujours songer à l'appendicite ; d'autres lésions peuvent se présenter au début sous le même aspect. De plus, une fois le diagnostic d'appendicite posé, il faut savoir quelle est la situation de l'appendice dans l'abdomen, quelle est la gravité d'inflammation (séreuse, purulente ou gangreneuse). La chose est d'autant plus vraie qu'une inflammation séreuse sans adhérences est souvent plus grave qu'une inflammation purulente ou gangreneuse avec des adhérences. Il faut poser un diagnostic précoce, afin de pouvoir opérer avant que l'appendice ne soit perforé, avant même que l'abcès ne soit constitué.

Les difficultés diagnostiques augmentent encore lorsqu'il y a pénétration d'air dans l'abcès à la suite d'une perforation de l'appendice, chose qui dans la pratique n'est pas rare. L'air pénètre lentement par la fissure créée, et naturellement la matité disparaît. Malgré ce phénomène, l'état du malade, loin de s'améliorer, empire souvent; il devient impossible de déceler la présence du pus, qui est dès lors éloigné de la paroi abdominale.

Il faut donc être prévenu contre tous ces accidents. Plus d'un chirurgien, ignorant de ces faits, a pu laisser mourir son malade sans intervention. La matité n'est donc pas, comme on l'enseignait autrefois, un signe caractéristique des inflammations du cæcum ; elle peut manquer totalement lorsque les adhérences ne se sont pas formées ; elle peut ne pas être décelée si l'appendice est trop éloigné de la paroi abdominale ; elle peut enfin disparaître, quand l'air pénètre dans l'abcès.

REPORTAGE MÉDICAL

Les Médecins abstinents. — Quelques médecins reconnaissant la nécessité d'un groupe médical pour combattre l'alcoolisme ont adopté le programme suivant :

I. — « *Les Médecins abstinents* » combattent l'alcoolisme par les travaux scientifiques et par l'exemple.

II. — Le Groupe « *les Médecins abstinents* » est ouvert aux médecins et aux pharmaciens qui s'abstiennent totalement d'alcool et de boissons alcoolisées y compris les boissons dites hygiéniques, vin, bière et cidre.

III. — Les abstinents totaux qui ne sont ni médecins ni pharmaciens peuvent être reçus comme membres honoraires.

IV. — Aucune cotisation n'est exigée des Membres. Le Groupe compte seulement sur les dons et sur les cotisations volontaires pour subvenir aux frais de la publication d'un bulletin mensuel.

Nous vous serions très reconnaissant de bien vouloir nous communiquer les observations auxquelles ce programme pourrait donner lieu de votre part, et de nous envoyer votre adhésion le cas échéant.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, nos hommages dévoués.

Pour « *Les Médecins abstinents* » :
Le Secrétaire,
Docteur TRIBOULET,
Médecin des hôpitaux de Paris.

FACULTÉ ET HOPITAUX.

Concours de la médaille d'or (médecine, chirurgie et accouchements). L'ouverture de ces concours ouverts entre les élèves internes en médecine de quatrième année, aura lieu, pour l'année 1902-1903, le 9 mars 1903, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu pour le concours en médecine ; le jeudi 12 mars pour le concours de chirurgie et d'accouchements.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 15 janvier inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 janvier 1903, à 3 heures, dernier délai.

Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye. Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires. Ce concours aura lieu le 13 décembre. Les candidats doivent avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans avant le 1er novembre 1902. Ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration et déposer leurs pièces avant le 5 décembre. Les fonctions d'internes commenceront le 1er janvier 1903. Celles d'internes titulaires expireront le 31 décembre 1904, celles d'internes provisoires le 31 décembre 1903.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4843. — M. le Docteur LE BECQ, d'Evron (Mayenne), membre de l'Association amicale des médecins français, de l'Association et du Syndicat des médecins de la Mayenne.

N° 4.844. — M. le Docteur GASCUEL, du Havre (Seine-Inférieure), membre du Syndicat du Havre.

N° 4.845. — M. le Docteur MONARD, d'Aix-les-Bains (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie et présenté par M. le Docteur Armand, d'Albertville.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs SARRET, de Goncelin, (Isère) ; CHAUVET, de Tours, et d'ARCHIPOFF, de Lorrez-le-Bocage (Seine-et-Marne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 43 25 OCTOBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les réformes de l'enseignement médical.

Mon cher Jeanne,

Vous êtes l'un des auteurs de l'article intitulé: « De la nécessité de rédiger le programme du doctorat en médecine avant de modifier l'organisation des études médicales » : c'est à vous que je vais m'adresser, comme si seul vous l'aviez écrit.

Vous abordez dans cet article une question capitale pour les études et pour la profession médicales. Vous faites ressortir que le jeune docteur, fraîchement émoulu de la Faculté, a souvent des connaissances pratiques insuffisantes et une instruction clinique, qui ne lui permet pas d'être d'emblée à la hauteur de sa tâche. Vous voulez que l'enseignement pratique — tel qu'il est donné depuis quelques années pour l'obstétrique par exemple — soit généralisé aux autres branches de l'art médical. Vous voulez exiger de l'étudiant en médecine — avant de lui délivrer le parchemin doctoral — une pratique personnelle plus complète, contrôlée par un stage réglementaire.

Ce sont là des *desiderata* sur lesquels tombent facilement d'accord tous ceux qui s'intéressent au bon renom de la profession médicale ; certainement, il y a utilité, nécessité, de rendre les études médicales plus complètes et de donner à l'étudiant une instruction *pratique* de plus en plus développée. Il est même certain que si cette question était portée sous son vrai jour devant le grand public, elle serait vite résolue ; toutes les classes de la société, mues par l'instinct de la conservation, opineraient en masse pour que les étudiants soient *sérieusement* instruits des choses de leur art et pour qu'ils fassent *tous* leurs premières armes sous une direction éclairée. Seuls, peut-être, les malades des hôpitaux se montreraient plus réservés, craignant d'être soignés par des mains novices, même bien guidées.

Si l'accord est unanime sur le but à atteindre, les opinions sur les moyens d'y parvenir diffèrent notablement. Vous cherchez à réaliser ce progrès en établissant une « liste de connaissance pratiques » à exiger du candidat au doctorat. Etes-vous bien sûr que ce programme, même strictement exécuté, donnera des résultats importants ?

Du reste ne faites-vous pas erreur lorsque vous rendez responsable le corps enseignant du « défaut d'accommodation de l'enseignement médical au but d'intérêt général de la santé publique » ? D'après vous, si les règlements qui régissent les études médicales sont mauvais, c'est que leur élaboration a été « confiée à des savants, non à des praticiens ». Vous ajoutez que « le diplôme est délivré un peu à l'aveuglette par ceux-là même qui, n'ayant jamais exercé comme praticiens isolés aux champs, savent le moins quelles aptitudes précises il doit garantir ».

En d'autres termes, il vous paraît nécessaire que les praticiens de la campagne formulent un programme minimum des études pratiques que doit faire tout étudiant en médecine ; cela même vous paraît urgent, puisque vous voulez que ce programme soit établi *avant* qu'on ne modifie l'organisation des études médicales.

Vous semblez dénier aux professeurs et aux

examinateurs la notion précise de ce qu'il est nécessaire à un futur praticien de connaître. Pourquoi cela ? Est-ce que pour la plupart — on le leur reproche assez — ils ne s'adonnent pas à la pratique de leur art ? Est-ce qu'ils ne connaissent pas aussi bien que n'importe quel praticien rural les cas réellement embarrassants de la pratique et les opérations qu'il est indispensable d'avoir fait, d'avoir vu faire ou tout au moins d'avoir pratiqué sur le cadavre ? Ne croyez-vous pas — pour prendre un exemple — qu'un professeur de clinique chirurgicale (assisté pour un examen de deux agrégés, chirurgiens comme lui), ne sache pas aussi bien que le praticien le plus expert que ce qui est nécessaire au point de vue chirurgical à un médecin, c'est de savoir reconnaître et traiter une hernie étranglée, une fracture, une luxation, pratiquer le cathétérisme vésical, etc., etc.

Je vous concède que le praticien rural, en présence d'un cas simple, saura mieux que le chirurgien citadin utiliser les ressources insuffisantes, dont il dispose à la campagne, qu'il saura peut-être mieux se *débrouiller*.

Je vous concède même qu'il y a une lacune à combler à ce point de vue dans l'enseignement et qu'il faudrait insister davantage sur les moyens pratiques de faire une opération d'urgence en dehors du milieu hospitalier. Notre confrère, le Dr Pauchet (d'Amiens), a fait œuvre utile en publiant récemment des détails pratiques sur l'opération d'urgence à la campagne, mais c'est là une question autre que celle que vous envisagez. Pour revenir à votre « programme minimum » je ne crois pas qu'il soit à l'heure actuelle nécessaire d'avoir recours à une commission de praticiens, fussent-ils assistés de professeurs émérites — pour le formuler : l'heure n'est pas venue. Il faut commencer les réformes par un autre côté.

Mais, me direz-vous, si le personnel enseignant et examinant sait aussi bien ce qu'il est nécessaire aux médecins de connaître, s'il est aussi ferré sur les connaissances pratiques indispensables au jeune docteur, pourquoi n'exige-t-il pas la preuve de ces connaissances lors des examens ? Pourquoi ne s'assure-t-il pas que le candidat a réellement une instruction pratique suffisante ? Notre collègue Gouffier vous a répondu à l'avance dans son mémoire sur l'encombrement médical.

Si les diplômes sont à l'heure actuelle, comme vous le dites non sans raison, délivrés un peu à *l'aveuglette*, c'est que : 1° la loi militaire actuelle rend forcément indulgents les examinateurs ; 2° c'est que les étudiants sont trop nombreux pour qu'ils puissent être instruits des choses de leur profession d'une manière suffisante ; 3° c'est que dans l'état actuel des choses, les ajournements aux examens sont chose presqu'illusoire, puisqu'un candidat peut s'y présenter un nombre de fois indéterminé. Ne vous rappelez-vous pas que le règlement qui doublait à chaque échec les délais d'ajournement a été rapporté après un temps très court d'application ? La presse médicale n'a-t-elle pas été un peu trop silencieuse à ce moment ? N'est-elle pas restée dans une réserve trop prudente en ne luttant pas contre les protestations intéressées de quelques étudiants qui n'ont mis en avant qu'un argument sérieux, l'obligation d'être reçu docteur à telle date ou de faire deux années de service militaire ?

Ce qu'il est urgent de faire à l'heure actuelle, ce n'est pas de rédiger un programme, mais de rendre l'accès du diplôme plus difficile — et même impossible aux *incapables* — c'est de diminuer ainsi le nombre des étudiants en médecine parmi lesquels une sélection s'impose.

Dans son humoristique réponse à votre article, M. Roy, interne des hôpitaux, vous a tracé le portrait du stagiaire rétif à tout enseignement, ce qui ne l'empêche pas d'arriver tout comme un autre à obtenir son diplome.

M. Roy n'a que trop raison : le nombre de ces étudiants peu perfectibles s'est accru tout naturellement depuis vingt ans en raison même du nombre croissant d'étudiants. Ce sont ceux-là contre lesquels les juges sont désarmés ; cas refusés huit, dix fois et plus au même examen, ils finissent toujours par trouver pour les recevoir, un jury indifférent ou systématiquement débonnaire.

La sélection au cours des études — et surtout au début des études — s'impose d'autant plus qu'à l'avenir par suite de l'égalité de sanction des baccalauréats, il n'y aura pour ainsi dire plus de barrière à l'entrée des études médicales.

Comment opérer cette sélection ? J'espère que grâce à l'enquête très complète qu'il vient de faire, et à laquelle le *Concours médical* a collaboré, le Pr Mayet proposera des solutions efficaces à cette délicate question. Il est nécessaire que cette sélection soit faite pendant les deux ou trois premières années des études ; c'est à ce moment que doivent être arrêtés d'une manière radicale ces étudiants dont les examinateurs découragés disent : « A quoi bon le refuser ? Vous ne le rendrez pas intelligent et il ne sera pas plus fort dans 3 ou 6 mois qu'aujourd'hui ». Le P. C. N., qu'il faut peut-être modifier dans un sens plus médical, a rendu à cet égard de très grands services. Il suffirait probablement de revenir à l'ancien système des examens de fin d'année qui, pendant les deux ou trois premières années, pourraient être éliminatoires d'une manière définitive après le deuxième ou le troisième échec.

En procédant ainsi par sélection, vous auriez un lot d'étudiants meilleurs, plus désireux de s'instruire, plus faciles à éduquer, et dont vous pourriez exiger les connaissances pratiques que vous réclamez sans être obligé de faire montre de sévérité vis-à-vis d'eux aux examens. Il serait peut-être alors — mais alors seulement — bon de rédiger un programme des différents stages que devrait accomplir l'étudiant avant de terminer ses études. Du reste, comme vous l'a fait observer M. Roy, ce stage obligatoire avec appels, interrogations, notes trimestrielles, existe déjà pour les branches importantes de la médecine, il suffirait de le compléter pour quelques spécialités et de le rendre plus utile en faisant de la décentralisation, c'est-à-dire, en envoyant par exemple l'étudiant servir d'aide à l'un de ces chirurgiens provinciaux, déjà nombreux, qui contribuent puissamment au bon renom de la chirurgie française.

La loi militaire, avec dispense pour les étudiants en médecine, a certainement eu pour résultat de rendre les examens plus faciles et par conséquent de faire baisser le niveau d'instruction théorique et pratique des médecins ; elle va sans

doute disparaître et être remplacée par le service de deux ans avec suppression de toute dispense. Ce sera une loi utile pour la profession médicale, et cependant déjà le Pr Cornil doit déposer, lorsque la loi viendra en seconde lecture au Sénat, un amendement ayant pour but d'accorder aux étudiants en médecine des sursis d'appel, certaines facilités pour accomplir leur service militaire sans trop nuire à leurs études, etc. Cet amendement, s'il est adopté, serait excellent s'il ne s'appliquait qu'aux jeunes gens ayant les qualités requises pour faire un bon médecin ; mais n'est-il pas à craindre que si une limite d'âge est à nouveau fixée pour répondre aux exigences de la loi militaire, cette échéance n'ait encore la même répercussion désastreuse sur les examens, en forçant pour ainsi dire les juges à recevoir des candidats, que guette la caserne et qui cependant sont loin d'être armés suffisamment par la pratique médicale? Voilà une question urgente que, pour le dire en passant, il serait utile de discuter à la prochaine réunion du Concours Médical. Pour être de moindre envergure que celle du « programme minimum », elle me paraît d'une actualité plus pressante.

Je ne suis point aussi optimiste que M. Roy lorsqu'il dit que « l'organisation actuelle des études médicales en France permet à tous les travailleurs d'acquérir une instruction pratique hospitalière très suffisante ». S'il a raison pour la plupart des travailleurs, il en est cependant qui ne peuvent mettre suffisamment la main à la pâte, en raison même de l'encombrement. Eliminez les non-travailleurs — ou mieux les non-valeurs — et vous pourrez alors avec plus de fruit élaborer un programme qui aura quelque chance d'être réalisé. Pour la rédaction de ce programme, faites appel aux lumières de tous, professeurs, examinateurs, praticiens des villes et des campagnes : on ne saurait avoir trop de documents pour établir une liste rationnelle et suffisante des connaissances indispensables au futur médecin.

En résumé, nous voulons tous la même amélioration des études médicales, c'est-à-dire que l'étudiant, à la fin de ses études, ait le summum de connaissances pratiques, qu'il ait le plus possible pratiqué, opéré lui-même ; nous différons seulement sur les moyens à employer. Vous pensez qu'il faut d'abord rédiger un programme ; je crois, au contraire, qu'il faut commencer par sélectionner la *matière étudiante* et qu'il y a même une certaine urgence à rendre les études plus solides par des sanctions plus sérieuses. Vous croyez avoir trouvé le remède avec votre programme puisque, vous et vos collaborateurs, vous signez : *qui veut la fin, veut les moyens* — je crois être plus dans la vérité en signant :

Qui veut la fin cherche les moyens.

Et j'espère qu'en les cherchant avec vous et avec tous les hommes de bonne volonté, nous arriverons à rendre au diplôme de docteur en médecine français son lustre d'antan.

Cher ami,

Vous avez bien voulu répondre à notre vif désir de savoir ce que l'on penserait, dans le milieu examinateur et enseignant, des projets que nous agitions en vue d'une campagne de réformes de l'enseignement médical pratique.

Nous vous remercions chaleureusement de votre communication que résume si bien cette signature : « Qui veut la fin *cherche* les moyens. »

Nous n'en sommes encore, en effet, qu'à la re-recherche des idées et des suggestions heureuses et réalisables. Or, en nous montrant le rôle important de la question militaire, en soulignant le service que rendraient le rétablissement d'examens éliminatoires et une adaptation plus médicale du P. C. N. à la préparation des études, en précisant que l'enseignement des matières pratiques (dont nous avons demandé qu'on dressât la liste ou le programme), devra trouver sa place après la sélection faite par les moyens ci-dessus, vous apportez un large tribut à notre enquête.

Mais, il nous plaît surtout de constater que comme nous, vous êtes d'avis qu'il est urgent de donner désormais au diplôme de docteur en médecine une réelle valeur de garantie, qui nous fasse plus confiants en nous-mêmes, plus aptes, mieux préparés à notre lourde tâche quotidienne.

Aussi, quand une étude consciencieuse de toutes les propositions qui seront produites nous aura permis de fixer nos choix et de les grouper en un tout bien homogène et bien rationnel, nous nous trouverons tous d'accord pour en signer les conclusions de la formule qui terminait le premier article : « Qui veut la fin *veut* les moyens ».

Pour le conseil de Direction,
Dr H. JEANNE.

N. D. L. R.— La parole est aux médecins, dont les fils se préparent à suivre la carrière paternelle.

Société civile du Concours médical.

Séance du 15 octobre 1902.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne et H. Cezilly. Lecture est donnée des rapports statutaires du conseil de direction, du comité de rédaction et du trésorier. Le Conseil décide qu'ils seront publiés au n° 43 du journal.

Les Assemblées générales sont fixées au 16 novembre et se tiendront au restaurant Marguery dans l'ordre suivant : A deux heures, assemblée générale ordinaire de l'*Amicale* ; à trois heures, assemblée générale de la *Société civile du Concours*, avec ordre du jour suivant :

1° Allocution.—Revue du Président du Conseil de Direction ;
2° Comptes et Budgets ;
3° Les lois nouvelles ou projetées dans leurs rapports avec les intérêts des médecins ;
4° L'Avenir des Syndicats médicaux ;
5° La réforme des études médicales au point de vue de l'enseignement pratique ;
6° Caisse des Pensions ;
7° Caisse des victimes du devoir ;
8° Propositions diverses. A cinq heures, assemblée générale du *Sou Médical*.

Le Banquet, commun aux membres du Concours et de toutes ses œuvres : Union des Syndicats, Amicale, Caisse des Pensions, Sou médical, etc., aura lieu à 7 heures. La cotisation de 10 fr. sera perçue à l'entrée de la salle, le sup-

plément étant à la charge de la Société civile du « Concours. »

Le conseil prie les divers sociétaires d'envoyer au plus vite : 1° les propositions qu'ils désireraient voir étudier ; 2° les adhésions au banquet.

Rapport du Conseil de direction du « Concours médical ».

Messieurs et chers Confrères,

Il est souvent difficile d'établir une démarcation bien nette entre les questions qui relèvent du *Concours médical* (Société d'études) ou du *Sou médical* (Société d'action).

Car cette jeune et entreprenante Société a la prétention d'étudier les problèmes qui se posent devant elle et qu'elle résout journellement de la façon heureuse que vous connaissez.

Vous nous pardonnerez donc des redites inévitables.

Nous n'avons pas à nous occuper des lois sur la pharmacie et sur la protection des enfants du premier âge. Sur ces questions, vous avez exprimé clairement vos opinions.

Vous n'avez pas de raisons d'en changer, il ne vous reste qu'à attendre une solution qui ne saurait tarder indéfiniment.

Avant que la loi sur la santé publique passe de la théorie à la pratique, vous agirez auprès des Conseils généraux, pour que cette arme produise entre vos mains tous les effets que vous êtes en droit d'en attendre, et surtout vous ferez en sorte qu'elle ne se retourne pas contre vous.

Votre Conseil de direction s'est souvenu de l'ordre du jour voté à l'assemblée générale de 1896, approuvant l'exploitation directe, par les médecins, des stations climatériques et hydrauliques et des maisons de santé et il n'a pas ménagé son appui à la maison de santé de la plaine Monceau.

Ceux d'entre vous que la question intéresse plus directement trouveront dans notre confrère le Dr Rous, un guide expérimenté qui les conduira sans encombre jusqu'aux sommets maintenant très accessibles de l'édifice.

La question des honoraires au chirurgien d'hôpital pour les malades payants progresse lentement. A côté de certains tribunaux qui, s'attachant plus à la lettre qu'à l'esprit de la loi, n'ont pas voulu reconnaître au médecin d'hôpital le droit de réclamer des honoraires pour des soins donnés à des malades relativement riches, vous avez vu l'immense majorité des juges de paix, jugeant en équité, vous accorder des honoraires auxquels vous avez tant de droits.

L'assistance publique, elle-même, évolue avec la sage lenteur que comporte le maniement d'une aussi lourde machine.

Après le jugement de Bourgoin, une évolution des Syndicats médicaux nous a paru nécessaire. Les études faites au Syndicat de Versailles ont singulièrement facilité la tâche de ceux qui estiment que les engagements pris doivent être tenus et que la crainte d'être abandonné par leurs compagnons d'armes au moment du danger ne doit plus arrêter la marche de ces vieilles troupes syndicales qui, pour être invincibles, doivent rester unies.

De Bourgoin encore, vous est venue la proposition attrayante du Dr Perrimond. Il a soumis à vos méditations toute une organisation ayant pour but de procurer des clientèles à ceux qui en sont dépourvus, et d'assurer à ceux qui sont en possession d'état la sécurité et pour ainsi dire l'inamovibilité de leurs charges.

Vous avez dû reconnaître avec nous que pour distribuer des clientèles à ceux qui n'en ont pas, il faudrait en être abondamment pourvu et que c'est exactement le contraire qui existe. Mais cette étude consciencieuse renferme une part de vérité et comporte un enseignement. Les clientèles sont mal réparties. Ici (plus spécialement dans les grandes villes), il y a pléthore, ailleurs (dans les campagnes reculées) il y a pénurie relative de médecins.

Votre Conseil de direction pourra donner des avis utiles aux jeunes en mal d'installation et protéger les situations de ces nombreux confrères, qui vivent péniblement de leurs clientèles et auxquels un concurrent apporterait la ruine et la misère.

A quelques-uns d'entre vous, nos préoccupations ont pu paraître, depuis quelque temps, tournées trop exclusivement vers la défense des intérêts particuliers de nos membres et les innombrables affaires, que le Sou nous apporte chaque semaine, prouvent le bien fondé de cette critique.

Nous répondrons que défendre pied à pied chaque pouce de terrain c'est défendre également le territoire commun.

Cependant, nous sommes loin de nous désintéresser des questions d'un intérêt général. Les problèmes complexes d'enseignement soit au lycée, soit dans les Facultés, ont retenu toute notre attention.

Nous réclamons avec MM. Trolard, d'Alger, Oudaille, Courgey et autres, l'allègement des programmes ; nous demandons qu'on remplace pour nos enfants un aperçu vague et superficiel de l'universalité des connaissances humaines, par une science positive et approfondie limitée à des objets bien déterminés : nous demandons qu'on leur apprenne à travailler et qu'on leur rende le travail aimable, sans jamais dépasser la limite de leur puissance d'attention et d'assimilation.

La question de l'enseignement dans les facultés est une de celles sur lesquelles nous avons une action plus directe et, quand nous demandons des médecins plus pratiquement instruits, nous ne saurions avoir pour adversaires ni le public, ni les médecins eux-mêmes.

Nous n'admettons pas que le jeune homme, sacré docteur en médecine, se demande avec anxiété au bout de combien de temps il sera en état de remplir consciencieusement les fonctions qu'il a acceptées et auxquelles il a été mal ou insuffisamment préparé. Des études mieux comprises, mieux dirigées, mieux contrôlées, formeront une barrière à l'envahissement de notre profession. — Par ce côté de la question nous retombons dans le domaine obsédant de l'encombrement médical, si bien mis en lumière par le Dr Gouffier et nous donnons satisfaction à ceux qui pensent qu'il faut une barrière à l'envahissement de la carrière médicale.

Nous procurerons également au médecin les moyens de vivre plus largement de sa profession, quand tous les organes ressortiront de sa compétence et qu'il ne se cantonnera plus dans

la médication des grands viscères, des maladies générales, et quand il ne considèrera plus la chirurgie dite libératrice comme exclusivement de sa compétence.

Permettez-nous, en terminant, d'exprimer un désir, c'est que les adhérents arrivent tous les jours plus nombreux à notre Société du Sou Médical qui est le complément indispensable du Concours Médical.

Rien ne nous est plus pénible que de refuser notre appui à nos trop nombreux confrères qui s'imaginent, une fois leur adhésion donnée au Concours, avoir accompli un acte d'abnégation héroïque et qui s'étonnent de ne pas trouver notre conseil judiciaire à leur disposition et notre caisse ouverte quand un accident professionnel les oblige à crier au secours.

Facilitez-nous notre tâche et, ne nous laissez pas désarmés en face des ennemis de jour en jour plus nombreux de notre belle mais rude profession.

Rapport du comité de Rédaction.

Depuis la retraite prématurée de notre très regretté directeur et depuis la constitution du nouvel état de choses, la rédaction a fait de nombreux et puissants efforts pour tâcher de tenir haut et ferme le drapeau de la solidarité, de l'union et du progrès, que lui tendait son vénéré prédécesseur et fondateur. De gros et lourds sacrifices ont été acceptés pour donner au « Journal » l'ampleur que nécessitait la multiplicité des sujets. Le nombre des travailleurs augmentait au *Concours*, et la place que nous pouvions offrir dans nos colonnes à leurs études était devenue notoirement insuffisante. La transformation du « Journal » et son augmentation de huit colonnes ont été accomplies cette année et nous n'avons qu'à nous en féliciter. Fidèles à nos principes, nous n'avons pas voulu donner une importance trop prépondérante à la partie professionnelle, et bien que les intérêts moraux et matériels de nos confrères soient toujours l'objet de nos principales préoccupations, nous n'avons pas cru devoir amoindrir la place de la partie scientifique, qui a, incontestablement, une non moins grande utilité que la partie professionnelle. Tous nous efforts tendent et tendront, dans l'avenir, à maintenir, autant que possible, l'équilibre parfait entre les deux parties constituantes de ce Journal : car nous nous intéressons autant aux progrès de la thérapeutique et de la chirurgie qu'aux difficultés morales, pécuniaires et judiciaires de la profession. Notre *Concours* ne représente pas la Gazette ou la Revue de Monsieur Un tel; non, c'est le guide hebdomadaire du médecin dans sa pratique d'homme public, c'est une revue sans prétention, faite par des médecins de bonne volonté, sans parti pris, sans esprit de petite chapelle, rédigée pour le plus grand bien de tous les confrères avec le plus sincère désintéressement, dans l'unique but de maintenir intact le bon renom d'indépendance et de science du Corps médical français. *Le Concours*, c'est l'organe de la solidarité médicale française.

Qu'on nous pardonne la longueur de cette profession de foi que nous éprouvons le besoin de renouveler chaque année ; c'est un devoir et un plaisir pour nous de constater que nous sommes suivis, approuvés, et souvent imités.

Mais esquissons en quelques lignes, les principaux chapitres de notre œuvre en 1901-1902.

Pour la PARTIE SCIENTIFIQUE, nous avons, comme par le passé, consacré une première division à l'analyse des thèses, aux observations et aux articles les plus intéressants et les plus pratiques, puisés dans l'exercice de la médecine quotidienne ou dans les ouvrages envoyés au bureau du Journal. Sous la rubrique « Semaine médicale », nous avons ainsi communiqué à nos lecteurs la quintessence des connaissances et des progrès les plus récents et les plus sérieux de chaque jour. Tous les sujets sont abordés : médecine, chirurgie, histologie, bactériologie, physiologie, pædiatrie, dermatologie, radiographie, ophtalmologie, laryngologie, otologie, psychiâtrie, chimie biologique, etc. : chacun peut y trouver un des sujets spéciaux qui l'intéresse.

Nous avons eu la bonne fortune de publier de très intéressantes cliniques médicales, chirurgicales et obstétricales, des professeurs Dieulafoy, Duplay, Hayem, Méry, Marfan, Fournier, Mauclaire, Kirmisson, Budin, Pinard, Maygrier, grâce à notre très dévoué et très distingué collègue le Dr *Lacroix*. La revue de la Presse anglaise, également confiée à M. le Dr *Lacroix*, nous a permis d'initier nos lecteurs aux idees actuellement professées et répandues parmi nos confrères d'Outre-Manche sur les questions les plus universellement étudiées aujourd'hui.

M. le Dr *Huguenin* a consacré, comme d'habitude, un article chaque quinzaine, à une étude pratique et technique des sujets les plus fréquemment observés en clientèle ; citons, entre autres : la médecine des accidents, la médication tonique, l'artério-sclérose et l'ischémie cérébrales, les phlébites, les anévrysmes aortiques, le sérum antidiphtérique, ses avantages et ses inconvénients, l'ozène et son traitement, les dyspepsies et la dilatation de l'estomac, l'exploration externe du tube digestif, l'herpès et la neurotoxhémie, les appareils modernes à extension continue, les luxations anciennes de l'épaule, la tuberculose et le climat maritime, les fractures et leur traitement moderne, le traitement de la pneumonie, la médication purgative, les lésions traumatiques des bourses et des testicules, etc.

Nous avons eu recours à maintes reprises différentes à la compétence spéciale de MM. les Drs *Trousseau*, de Paris, et *Baudry*, de Lille, pour traiter des sujets d'ophtalmologie indispensables à connaître pour tout praticien sérieux. M. le Dr *Viaud*, d'Agon (Manche), a bien voulu nous adresser quelques articles inspirés par la plus sûre expérience, et concernant des questions intéressantes de thérapeutique et d'hygiène, nous nous sommes empressés de les publier pour le plus grand profit de nos lecteurs. MM. les Drs *A. Galand*, de Cayeux ; *Govin*, de Paris ; *Dupont*, de Mantes, *Brulard*, de Vichy, nous ont communiqué de très remarquables articles que nous avons accueillis avec reconnaissance. Nos remerciements aussi à MM. les Drs *Courgey*, pour ses *Notes d'hygiène* marquées au coin du sens clinique et de l'esprit pratique le plus éclairé ; *Paul Petit*, pour ses études de gynécologie médico-chirurgicale si bien adaptées aux besoins cliniques des praticiens; *Maurice Boulay*, pour ses descriptions techniques d'oto-laryngologie; *Georges*, pour la pré-

cision et la lucidité de ses résumés et traductions des articles allemands les plus intéressants et les plus actuels. Félicitons-nous de voir chaque année grossir notre phalange de rédacteurs scientifiques, tous pénétrés du désir le plus loyal d'être utiles à leurs confrères et, par contrecoup, aux malades dont ceux-ci ont la confiance.

Mais c'est surtout la PARTIE PROFESSIONNELLE du journal qui a bénéficié de l'agrandissement.

Grâce à nos 400 colonnes supplémentaires, nous avons pu donner, dans toutes les questions importantes, au lieu d'analyses parfois incomplètes, les documents eux-mêmes, avec leur cadre, leur physionomie réelle et l'impression exacte qu'ils produisent.

Les procès-verbaux des séances trimestrielles du Conseil de Direction et des Bureaux des œuvres du Concours ont reçu toute l'ampleur qu'ils méritaient. Nul de nos lecteurs ne doit ignorer désormais les exploits des 800 braves qui, groupés dans le *Sou médical*, sacrifient leur argent, leur énergie, leur temps, et parfois aussi leur intérêt personnel au triomphe de l'intérêt général et de la solidarité. Aussi le bataillon actuel grossit toujours et deviendra vite régiment, se recrutant parmi les spectateurs qui rougissent de plus en plus de laisser sans cesse aux mêmes le souci de tirer les marrons du feu.

Nous n'en pouvons donner de meilleure preuve que le réveil d'activité enregistré par nos *Comptes rendus des Séances des Syndicats* de l'arrondissement de Versailles, du Rhône, du Puy-de-Dôme, du Nord, du Pas-de-Calais, du Calvados, de la Mayenne, de la Vendée, de la Sarthe, des Deux-Sèvres, de Saumur, de la Nièvre, de l'arrondissement de Pontoise, de Lorient, du Jura, d'Alger, de Nice, de l'Auxois, de Mortagne, de la Seine, de Libourne, de la Seine Inférieure, de l'Oise, du Loiret, de Joigny, de Sens, des Ardennes, de la Haute-Saône, etc., etc. et de beaucoup d'autres encore dont le *Bulletin de l'Union* a publié les actes.

Nos études, qui ont été la raison d'être du journal depuis sa création, ne se sont nullement ralenties de ce fait que nous avons poussé avec entrain à leur application sur les points où l'opinion unanime est faite.

Nous continuons, dans les *Propos du jour*, à marcher en pionniers, à ouvrir ou indiquer des voies nouvelles, à signaler des traquenards, à suggérer des idées, des projets, à enregistrer de petites victoires, à fixer les conquêtes indiscutablement acquises. C'est aussi le rôle de la *Correspondance* adressée par nos Sociétaires eux-mêmes. Tantôt elle inspire un article à nos rédacteurs habituels, tantôt elle est publiée avec quelques réflexions, tantôt enfin nous l'analysons et répondons aux questions qu'elle pose. Il est absolument certain que c'est elle qui donne au journal son cachet, sa physionomie, son allure si vivante, son caractère de tribune sans prétention, ouverte à toute la famille médicale.

Nous avons fait souvent appel, au cours de cette année, à cette collaboration de nos lecteurs, au risque d'abuser un peu de leur bonne volonté. Ils ont été assaillis de questionnaires et de demandes d'avis, et si tous les sujets qui nous préoccupaient n'ont pas paru les passionner également (ce qui était bien à prévoir), ils ont toujours assez répondu pour nous permettre de nous faire une opinion.

L'appel de nos amis, MM. Le Gendre et Mathieu, sur la *Ligue scolaire des médecins et des familles*, nous a valu les intéressants articles de MM. Trolard (d'Alger), Oudaille (de Grand-Fresnoy), Surmont (de Lille), Rousseau-St-Philippe (de Bordeaux), Delobel (de Noyon), Degrave (de Lagrasse), Louis Gassot (de Chevilly) etc...

Une enquête faite à fond sur l'application, dans les départements, du *tarif d'assistance chirurgicale* aux soins donnés aux victimes du travail, nous a aussi permis de conclure avec assurance que cette fâcheuse disposition législative était à peu près aussi inappliquée qu'inapplicable en équité, et que 95 % des cas qu'elle vise sont réglés au tarif *ouvrier*. Importante constatation dont nous ferons bon usage près du Parlement : arme précieuse que nous remercions nos lecteurs de nous avoir fournie.

Interrogés de même sur la possibilité de combattre l'encombrement médical local par la *Ligue Perrimond visant la meilleure répartition des clientèles*, les membres du Concours, dont les réponses ont été analysées et classées par notre excellent commissaire enquêteur, M. le Dr Gouffier (de Neuilly), nous ont crié « casse-cou ! », et nous nous sommes rendus à leurs légitimes observations.

Après accord avec l'auteur, nous avons enfin soumis au referendum des membres du Concours un intéressant questionnaire, rédigé par M. le Prof. Mayet (de Lyon), et portant sur les modifications à introduire dans les études médicales. Avec son habituel esprit de méthode, M. le Dr Gouffier a encore rapporté les résultats de cette consultation. Et voilà qu'aussitôt, devant l'affirmation unanime que le côté pratique de ces études est d'une insuffisance évidente et dangereuse, la question s'élargit assez pour qu'une réforme assez complète apparaisse comme indispensable, au lieu des simples retouches que l'on avait peut-être en vue. L'urgence de cette mesure semble même si évidente qu'elle s'inscrit d'office à l'ordre du jour de notre prochaine assemblée générale.

On comprend sans peine combien les échanges de vues provoqués sur ces points ont donné d'intérêt à notre *Chronique professionnelle*. Cependant, elle n'a pas négligé pour cela mille autres questions toujours d'actualité et qu'il ne nous était pas permis de sacrifier.

Nous avons relaté divers épisodes de nos rapports, toujours tendus, hélas ! avec les sociétés de secours mutuels : élection de notre délégué au conseil supérieur, réponse fournie par nous à une enquête de l'ancien président du conseil des ministres, négociations de nos confrères du Mans, attitude très nette des syndiqués du Rhône, du syndicat de Trévoux, réquisitoire du sénateur Dubois-Fresnay, réclamant le knout contre les confrères de Château-Gontier, etc. etc...

La publication de rapports très circonstanciés, notamment de celui du syndicat de Mortagne, et de diverses correspondances venant de l'Isère, de l'Allier, du Pas-de-Calais, de la Charente, etc., nous ont permis d'établir qu'en matière d'organisation de l'assistance médicale dans nos campagnes, il y a encore un abîme entre la réalité des choses et l'optimisme des documents que fournit l'Administration. L'éducation philanthropique des conseils généraux et des municipalités est encore à

faire dans bien des régions : presque partout, il lui reste à se débarrasser des préoccupations de parti, des considérations personnelles, des intrigues électorales, et surtout de cette habitude invétérée de mettre à la charge du médecin les obligations pécuniaires imposées aux budgets par le texte même de la loi.

Il lui reste aussi, en maints endroits, à faire cause commune avec nous pour l'application des idées soutenues par M. le Dr Lande dans les rapports à la commission des hôpitaux de Bordeaux et au conseil supérieur de l'Assistance, que nous avons eu grand soin de publier. Nous avons consacré plus de trente colonnes à démontrer, avec les juges de paix, sous la rubrique *Jurisprudence médicale*, que ni l'assistance, ni le chirurgien d'hôpital, n'ont à faire les frais des charges imposées aux patrons ou aux assureurs par la loi sur les accidents du travail.

C'est sous cette même rubrique que le dévoué conseil judiciaire du *Sou médical* nous a fourni de magistrales consultations sur la *Prescription de nos honoraires* ; sur les conséquences fâcheuses qu'aurait eu l'adoption de la proposition de notre confrère sénateur, *M. le Dr Bataille*, visant pourtant à rendre nos recouvrements en apparence plus rapides et plus faciles ; sur l'étrange décision de la Cour de Cassation *qui ne considère pas comme connexes les professions de médecin et de pharmacien* ; sur *les conséquences syndicales des arrêts de Bourgoin et de Grenoble* ; enfin sur les ressources que nous offre la procédure contre la déloyauté des responsables désignés par la loi de 1898.

Sous des titres divers, nous avons publié encore beaucoup d'autres études des plus intéressantes.

M. le Dr Vié (de Tamatave) et M. le Dr Bonnafy, alors membre du conseil supérieur de santé de la marine, nous ont dit comment ils comprenaient la situation du médecin civil dans nos colonies. — Nous avons enregistré une fois de plus les légitimes revendications des médecins sanitaires maritimes. — Un médecin d'un port de guerre nous a mis en garde contre les projets de soins médicaux gratuits aux ouvriers des arsenaux. — MM. Vidal, Lop, Viaud, Gannat, Mignon, Paquet, ont signalé des améliorations à apporter dans l'application de la loi Roussel. — Nos confrères de Tunisie ont fourni l'occasion de rappeler le texte des circulaires par lesquelles les médecins de l'armée et de la marine ont reçu de leurs Ministres l'indication de leurs droits limités en matière d'exercice de la médecine civile. — MM. Barbanneau, Salomon, Le Menant des Chesnais, ont vigoureusement riposté à la campagne que les masseurs et magnétiseurs ont commencée pour récupérer des droits que la Cour de Cassation leur a définitivement enlevés. — Nos confrères du Nord ont signalé d'abusives prétentions d'un préfet à s'immiscer dans le choix du remplaçant que le médecin veut faire autoriser. — Le secret médical en général, et en particulier dans la loi accidents, a donné lieu à des articles de MM. Gatineau, Maurat, H. Cézilly. — Les idées du *Concours* sur la question du service militaire des étudiants en médecine, sur les forfaits et monopoles, sur les obligations qui naîtront de la mise en vigueur de la loi sur la santé publique ont été rappelées à chaque heure opportune. — A toutes les Ligues (tuberculose, alcoolisme, syphilis) nous avons donné notre appui.

Nous avons, en un mot, cherché à traduire toutes les préoccupations professionnelles, et nous avons pu y parvenir beaucoup plus complètement que les autres années.

Au milieu d'une pareille masse d'articles documentaires (car la revue que nous venons de passer est bien loin de les mentionner tous), nous avons fait aux *Feuilletons*, aux *Variétés*, au *Reportage*, encore une petite place exigée par la tradition : mais elle va chaque année s'amoindrissant, devant la nécessité de faire passer l'utile avant l'agréable. Le journaliste, en effet, ne peut dégager complètement son programme de la pression des événements. C'est ainsi que le jour où les membres du Concours ont décidé de passer de l'étude à l'action, en créant le *Sou médical*, et en s'y affiliant du premier coup en très grand nombre, pour y entrer tous sans doute, dans un délai prochain, ils ont transformé le journal, écho de leurs préoccupations, en une feuille de défense, de combat, de lutte permanente. Notre ton, nos allures, ont donc quelque peu changé. Mais qu'on se rassure au sujet des conséquences de cette attitude nouvelle. Au moment même où nous l'adoptions, en effet, nous avons proclamé que notre combativité ne s'exercerait jamais contre ceux des membres du corps médical qui ne pensent pas encore comme nous, et qu'elle se tournerait tout entière contre les adversaires de la profession. C'est un engagement que nous avons tenu et que nous ne cesserons de tenir, car les résultats qu'il nous a donnés sont tellement évidents et précieux qu'ils nous dictent notre ligne de conduite pour l'avenir. « *Pas d'ennemis au dedans, mais résistance acharnée aux adversaires du dehors* »

Le Comité de rédaction.

Rapport du Trésorier.

Mes chers confrères,

Chaque année, le rapport financier que votre trésorier doit statutairement vous présenter est à peu de chose près le même, car les dépenses et les recettes de chaque chapitre ne varient que fort peu.

Aujourd'hui, par exception, vous y trouverez quelques changements nécessités par les mesures relatives à la fondation de la maison de santé de la plaine Monceau dont vous a déjà parlé notre président.

Depuis longtemps, en effet, nous entendions fréquemment autour de nous certains de nos confrères se plaindre du prix élevé des maisons de santé dans lesquelles ils étaient obligés d'envoyer leurs malades justiciables d'opérations ou de soins spéciaux, et déplorer qu'on ne pût, pour les petites bourses, trouver à 10 fr. par jour une maison de santé offrant toutes les garanties de sécurité et de confort.

Désireux de leur donner satisfaction et de pouvoir leur recommander une maison qui fût sous notre surveillance directe, nous avons saisi l'occasion quand l'un des membres du Concours médical offrant toutes les garanties de savoir et d'expérience désirables vint nous demander notre appui pour créer une nouvelle maison de santé.

C'était un moyen d'utiliser, d'une façon toute

médicale et en même temps fructueuse pour vos revenus, une partie des fonds sociaux qui restaient trop peu productifs entre nos mains (à peine 2,85 %) et, après étude sérieuse des voies et moyens proposés, ainsi qu'après nous être convaincus que le projet avait toutes les chances possibles d'une brillante réussite, nous mîmes à la disposition de notre confrère, M. le Dr Rous, au nom du Concours médical et de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, une somme de 28.400 fr. aux deux conditions suivantes :

1° Un certain nombre de chambres seraient réservées au prix de 10 fr. par jour pour les malades peu fortunés envoyés par nos confrères du Concours ;

2° Une large part de surveillance serait réservée à vos représentants.

M. le Dr Rous voulut bien accepter les conditions que nous lui proposions et, entrant largement dans nos vues, réserva la majorité du Conseil d'Administration de la Société qu'il créait aux représentants du Concours médical. De telle sorte que nous pouvons bien dire aujourd'hui que la maison de santé du Concours est enfin créée et nous comptons bien que très promptement vous en retirerez des revenus suffisants pour pouvoir, plus largement encore que par le passé, vous intéresser aux projets d'amélioration de la profession médicale et en patronner plus largement les réalisations.

Nous sommes heureux de vous annoncer incidemment qu'à l'heure actuelle les grosses œuvres de notre maison de santé sont terminées et que nous comptons pouvoir l'ouvrir à vos malades au mois d'avril prochain.

Pour arriver à ce résultat, il a naturellement fallu vendre un certain nombre de valeurs que nous avions en portefeuille et, de ce fait, nous avons réalisé un bénéfice de 1.510 fr. sur notre prix d'achat.

Vous trouverez dans le rapport suivant le détail de ces diverses opérations.

CAPITAL INALIÉNABLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1901, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait comme suit :

Portefeuille	43.659 37
Espèces	179 72
TOTAL	43.839 09

Pendant l'exercice, il a été vendu les valeurs suivantes :

75 fr. de rente 3 % amortissable, titres nos 332.091, 995.892 (prix d'achat 2.031 fr. 90)	2.530 »»	9.183 25
5 obl. Ville de Paris, 1871, nos 605.043 à 047 inclus (prix d'achat 1.967.50)	2.081 25	
9 obl. foncières 1879, nos 292.709 et 710, 576.606, 905.276, 1.105.488 et 89, 1.266.066, 1.270.195, et 1.578.263 (pr. d'ac. 4.023)	4.572 »»	

Ce qui a modifié de la façon suivante l'avoir non disponible.

Portefeuille	35 636 97
Espèces	9.362 97
TOTAL	44.999 94

N. B. — L'augmentation de 1.160 85 provient du bénéfice réalisé sur la vente des valeurs dont il vient d'être fait mention.

Depuis le 1er octobre 1901, 117 adhésions nouvelles ont produit une somme de .... 1.146 60 versée à notre caisse par l'administration du *Concours Médical* et représentant la 1re année d'abonnement au journal.

TOTAL 46.146 54

dont : 10.509 fr. 57 en espèces

DÉPENSES.

Sur cette somme, il a été acheté :

2 obl. Ville de Paris 1898, nos 112.587-88	842 »»	10.147 »»
1/4 obl. Ville de Paris 1898, no 538.232	105 »»	
184 actions de 100 fr. de la Société de la Maison de Santé de la plaine Monceau, libérées de moitié	9.200 »»	

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1902 est donc de :

Portefeuille	45.783 97
Espèces	362 57
TOTAL	46.146 54

En augmentation de 2.307 fr. 45 sur l'année précédente.

CAPITAL DISPONIBLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1901, l'avoir disponible était de	1.764 15
Depuis cette époque, les intérêts de notre portefeuille ont produit	1.243 68
Nous avons reçu dans le cours de l'année, en dons, annoncés au journal.	234 80
Droits perçus sur les remplacements, déduction faite d'une somme de 40 fr. remise à titre d'indemnité à un remplaçant	297 30
TOTAL	3.539 93

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet de 1901	750 85
Frais de réunion et déplacements..	567 50
Indemnité à l'employé comptable..	50 »»
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	10 60
Souscription en faveur des victimes médicales de la catastrophe de la Martinique	500 »»
Cotisation à la ligue anti-alcoolique	1 »»
Impressions diverses, statuts, tarifs ouvriers	96 55
Société générale, droits de garde et Commissions	42 13
Frais de bureau, papier timbré....	1 20
TOTAL	2.019 83
Les recettes étant de	3.539 93
Balance en faveur de l'actif	1.520 10

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1902 à :

Capital inaliénable	46.146 54
Capital di ponible	1.520 10
TOTAL	47.666 64

Savoir :

Portefeuille	45.783 97
Espèces	1.882 67

dont 1.825 75 à la Société générale et 56 92 en caisse du trésorier.

Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Situation au 1er octobre 1901 :

Portefeuille	12.094 80
Espèces	504 91
TOTAL	12.599 71

RECETTES.

Au 1er octobre 1901, l'avoir en caisse était de	504 91
Le portefeuille a produit pendant l'exercice	320 26
Vente de 3 obl. foncières 1879, nos 776.812 à 814 (prix d'achat 1.352 50)	1.524 »»
Vente de 1 obl. Ville de Paris, 1869, 738.514 (prix d'achat 403 fr.)	458 »»
Vente de 2 obl. Ville de Paris, 1871, nos 726.672, 228.406 (prix d'achat 803 fr. 50)	832 50
Vente de 5 obl. Communales 1879, nos 15.574, 15.476, 452.269, 662.431, 991.731 (prix d'achat 2.309 fr.)	2.430 »»
Produit du remboursement de 1 obl. communale 1879, n° 15.575, sortie au tirage (prix d'achat 442.50)	505 16
TOTAL	6.574 83

DÉPENSES.

Société générale, droits de garde et commissions	16 37
Achat de 1 obl. Ville de Paris 1894-1896, n° 293.370	372 50
Achat de 1/4 obl. Ville de Paris 1898, n° 538.233	105 »»
Souscription à 100 actions de 100 fr. de la Société de la Maison de Santé de la plaine Monceau (libérées de moitié)	5.000 »»
TOTAL	5.493 87
Les recettes étant de	6.574 83
Balance en faveur de l'actif	1.080 96

N. B. — L'augmentation de 449 fr. 16 provient du bénéfice réalisé sur la vente de valeurs et le remboursement dont il vient d'être fait mention.

Au 1er octobre 1902, l'avoir de la Caisse de Prévoyance se décompose comme suit :

Portefeuille	12.271 80
Espèces à la Société Générale	1.080 96
Total	13.352 76

En augmentation de 753 05 sur l'année précédentes.

Le Trésorier : Dr MAURAT.

Association Amicale

Séance du 16 octobre 1902, préparatoire de l'Assemblée générale.

Présents : MM. les Drs Maurat, président ; H. Cézilly, vice-président ; Gassot trésorier; Jeanne secrétaire-général; Lepage, délégué de l'Association Générale ; Mignon, secrétaire des séances ; Lambry et David, contrôleurs ; Blache, contrôleur désigné par l'Association Générale.

Pendant que les comptes du trésorier sont soumis aux contrôleurs, M. le Dr Jeanne donne lecture du rapport qui sera fait à l'assemblée générale, et qui reçoit l'approbation du Conseil.

Une indemnité de 110 fr. est accordée au Sociétaire n° 218.

Sont admis pour prendre rang du 1er octobre :

Combinaison A. — Mme le Dr Bernson (Lille) ; MM. Bène (Cieutat, H.-Pyr.) et Mendel (Paris).

Combinaison B. — M. le Dr Beylot (Saint-Denis de-Piles, Gironde).

Le secrétaire général soumet au Conseil l'état des négociations engagées avec la Caisse-maladie de la région du Midi, qui offrait de fusionner avec l'Amicale. Il résulte du dossier que tous les points qui pouvaient être matière à discussion ont été bien nettement dégagés. Le Conseil accepte les propositions du Bureau de la Caisse, décide que sa résolution sera expliquée à l'Assemblée générale, et charge le secrétaire général, aidé de l'actuaire, de mettre au point tous les petits détails de la fusion, de telle sorte que les admissions puissent être prononcées en décembre et partir du 1er janvier 1903.

Le Conseil fixe au dimanche 16 novembre la date de l'assemblée générale, et décide que les convocations faites dans les conditions prévues par l'article 43 des statuts porteront l'ordre du jour suivant :

Allocution du Président ;
Rapport du Secrétaire général ;
Rapport du Trésorier ;
Rapport des Contrôleurs ;
Approbation des comptes 1901 ;
Election d'un contrôleur ;
Propositions diverses soumises au Conseil avant le 1er novembre.

Sou médical

Séance du 15 octobre 1902, préparatoire de l'assemblée générale.

Présents : — MM. Maurat, Lepage, H. Cézilly, Gassot, de Grissac, Jeanne, Rousseau, Gouffier, Bauxis-Lagrave ; Me Gatineau, conseil judiciaire ; M. Huguenin, contrôleur des comptes.

Excusés : MM. Le Gendre, Bazot, Mignon, Giberton-Dubreuil.

Les comptes du trésorier sont soumis au contrôle et à l'approbation, et il est prononcé 14 admissions nouvelles.

847 Dr Maillon, à Montrond (Loire).
848 Dr Lamy, à Melle (Deux-Sèvres).
849 Dr Chapuis, à Vienne (Isère).
850 Dr Longbois, à Joigny (Yonne).
851 Dr Peguillau, à Grisolles (Tarn-et-Garonne).
852 Dr Voyer, à Machecoul, (Loire-Inférieure).
853 Dr de Fornel de Burignac, à Paris, 241, faubourg Saint-Martin.
854 Dr Ollivier, à Paris, 30, rue Hermel.
855 Dr Ward, à Chantilly (Oise).
856 Dr de Montille, Loivre (Marne).
857 Dr Bayard, à Valdampierre (Oise).
858 Dr Beylot, à St-Denis-de-Pile (Gironde).
859 Dr Dorson, à Marguerittes (Gard).
860 Dr Gastel, à Fougères (Ille-et-Vilaine).

M. de Grissac, qui a pris les fonctions de secrétaire général pendant le deuxième semestre, expose les affaires qui se sont présentées depuis la réunion de septembre et auxquelles le Conseil donne solution. Il est décidé que, vu la masse de litiges soumis depuis l'année dernière, le rapport du Secrétaire général ne comprendra que dans une statistique toux ceux qui portaient sur l'intérêt individuel, et que les questions d'intérêt général ayant un caractère particulier d'urgence et d'actualité donneront seules lieu aux développements et considérations utiles.

MM. H. Cézilly et Jeanne sont délégués pour assister à la réunion des chirurgiens d'hôpital qui se tiendra le 21 octobre à l'École de médecine, à l'occasion du Congrès de chirurgie, sous la présidence de M. Bousquet, de Clermont-Ferrand.

Le conseil fixe au 16 novembre l'assemblée générale dont l'ordre du jour comprendra :

Allocution du Président ;
Rapport du Trésorier ;
Rapport des Contrôleurs ;
Rapport du Secrétaire général ;
Renouvellement du Bureau ;
Questions diverses soumises au Conseil avant le 1er novembre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Quelle viande peut-on permettre aux albuminuriques ?

Lorsqu'on apprend la clinique et la thérapeutique, on se meuble la tête d'un certain nombre de dogmes plus ou moins scientifiques que l'expérience et le temps se chargent de démolir un par un, dans la suite. L'histoire en a cependant enregistré des centaines qui ont été ainsi renversés, puis ressuscités plus tard. Aujourd'hui, voilà encore un de ces dogmes qui tombe, comme la clinique avait pu le faire pressentir à beaucoup d'entre nous.

Lorsqu'on autorise un malade atteint de néphrite à manger de la viande, on a toujours soin de lui recommander les viandes blanches, car les viandes noires sont généralement considérées comme nuisibles dans les affections de reins. Toutefois, les travaux de MM. Offer et Rosenqvist ayant démontré que les différences chimiques existant entre les viandes blanches et les viandes noires ne sont pas plus considérables que celles qu'on rencontre entre deux viandes d'espèce différente, il devenait nécessaire de rechercher si le dogme thérapeutique en question repose sur une base sérieuse ou sur un simple préjugé.

Dans ce but, MM. les docteurs M. Kaufmann, assistant de M. le professeur K. von Noorden, médecin en chef de l'hôpital urbain de Francfort-sur-le-Mein, et L. Mohr (de Francfort-sur-le-Mein), ont étudié chez 5 patients — dont 3 brightiques et 2 atteints de nephrite parenchymateuse chronique — l'effet d'une alimentation déterminée sur l'excrétion azotée, sur le taux de l'albumine urinaire et sur le cours de la maladie : la quantité d'aliments restant constante, on donnait au sujet, pendant la première période de l'expérience, de la viande de bœuf à laquelle on substituait, dans la seconde phase, une viande blanche (veau, poulet, brochet) ; dans quelques cas, on intercala une ou plusieurs périodes de régime lacté, pour comparer l'effet de ce régime à celui de l'alimentation carnée. De plus, nos confrères ont utilisé deux observations inédites qui leur ont été communiquées par M. von Noorden et dont l'une fut poursuivie sans interruption pendant deux mois.

La conclusion que MM. Kaufmann et Mohr tirèrent de l'ensemble de ces faits, c'est que la qualité de la viande n'a pas d'action immédiate sur les sécrétions azotées et sur l'albumine urinaire. Tantôt, c'est avec le régime lacté que coïncide le minimum d'albuminurie, tantôt avec l'alimentation à la viande de bœuf ; dans d'autres cas encore, la substitution du régime de la viande noire à celui de la viande blanche est sans influence sur la composition de l'urine. Cette composition varie fréquemment, il est vrai, mais il s'agit là de fluctuations spontanées qu'il est impossible de mettre sur le compte de l'alimentation ; celle-ci n'a pas non plus d'effet appréciable sur l'état des patients. (*Sem. Méd.* août 1902.) En résumé, si l'état du malade permet l'usage de la viande, la nature de celle-ci est indifférente, et on peut autoriser le patient à manger la viande qui lui convient le mieux, à condition qu'elle soit fraîche.

Otorrhagies et fractures du crâne.

D'après M. le Dr *Paul Malsang,* dans sa thèse, l'otorrhagie est un symptôme fréquent et important dans les traumatismes de la tête.

L'otorrhagie peut être due : 1° à une lésion du conduit auditif osseux par enfoncement du condyle du maxillaire dans une chute sur le menton ; 2° à une fracture de la mastoïde ; 3° à une rupture indirecte du tympan ; 4° à une fracture du rocher.

La lésion du conduit auditif externe est caractérisée par la douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, la difficulté des mouvements de cette articulation, la déformation préauriculaire, la chute ou la plaie du menton, l'intégrité de la membrane du tympan et de l'ouïe.

La fracture de la mastoïde se reconnaît surtout aux symptômes locaux du côté de la mastoïde ; elle est très rare, du reste.

La rupture du tympan et la fracture du rocher ont des symptômes communs. Le diagnostic de la fracture du rocher entraîne un pronostic sévère, il faut donc le préciser ; il se fera par les signes suivants : l'écoulement de sang intermittent, l'écoulement précoce de liquide séreux riche en chlorure et ne contenant pas d'albumine, la paralysie faciale, l'abolition complète et immédiate de l'ouïe. Au contraire, un écoulement séreux tardif riche en albumine et pauvre en chlorure, une paralysie faciale tardive et curable, une diminution de l'ouïe plaident surtout en faveur de la rupture du tympan.

Levure de bière et suppuration.

M. le Dr *Rosanoff*, de Nice, nous communique la très intéressante observation suivante :

« Ayant obtenu un très bon résultat par l'administration de la levure de bière à 2 malades atteints de brûlures très étendues (2e degré

avec *abondantes suppurations*), je désire vous signaler le fait, qui me paraît très concluant.

Si, dans l'un des deux cas, l'acide picrique a pu être la cause de l'amélioration rapide de la plaie, il n'en est pas de même dans le 2e cas où ce sel n'a pu être supporté. Là, la brûlure s'étendait aux membres supérieurs, aux cuisses, et la suppuration était des plus abondantes. L'action de la levure a été manifeste quant à la suppuration. Le traitement local, vu l'impossibilité de faire tolérer l'acide picrique, a été d'abord un liniment oléo-calcaire au salol et à l'orthoforme et ensuite de la vaseline boriquée.

Posologie du chlorate de potasse.

Le chlorate de potasse est d'un emploi fréquent dans la pratique infantile, principalement comme modificateur des muqueuses bucco-pharyngées. Or, quand il est administré à l'intérieur, à doses tant soit peu fortes, il expose à des accidents mortels, et cependant il passe pour un sel inoffensif aux yeux de bien des gens.

Quand on l'administre en potion, on le prescrit en suspension dans une potion gommeuse, aux doses suivantes :

Pour un enfant :

de 0 à 15 mois......	0 gr. 05 à 0 gr. 25	*pro die*
de 15 mois à 3 ans..	0 gr. 25 à 0 gr. 50	—
de 3 à 5 ans........	0 gr. 50 à 1 gr.	—
de 5 à 12 ans........	1 gr. à 2 gr.	—

A prendre par cuillerées à café, dans le courant de la journée, et à intervalles réguliers.

Pour l'usage externe, on le prescrit en gargarismes et en collutoires, on pourra prescrire :

Chlorate de potasse............	5 gr.
Sirop de mûres..................	50 gr.
Eau distillée....................	150 gr.

M. — Pour gargarisme, chez les enfants un peu avancés en âge. — Recommander et veiller à ce que l'enfant n'avale pas le liquide.

Chez les enfants peu avancés en âge, on se bornera à badigeonner la muqueuse de la bouche ou de l'arrière-gorge avec le collutoire suivant :

Chlorate de potasse............	3 gr.
Glycérine.......................	30 gr.

M. — Pour l'usage externe.

— Le chlorate de soude est bien plus maniable et s'emploie en solutions saturées :

Chlorate de soude..............	250 gr.
Eau distillée....................	750 gr.

Traitement des vertiges optiques dans la pratique journalière.

M. le Dr Lapeyre, de Fontainebleau, publie, dans le *Journal de méd. et de chir.*, de Lucas-Championnière, la très curieuse observation suivante :

Les vertiges provenant d'une lésion de l'oreille sont très fréquents dans la pratique journalière. Assez souvent, leur origine est méconnue, bien plus souvent encore attribuée à un trouble d'un autre organe, l'estomac, les yeux, etc.

Cette cause d'erreur de diagnostic provient sans doute de ce que le médecin non spécialiste est beaucoup plus « près » des maladies relevant de la médecine générale que des maladies de l'oreille. Et cela, non seulement parce qu'il est plus habitué à les soigner, mais surtout parce qu'il se sent beaucoup plus à même de lutter contre une gastrite, par exemple, que contre une otite moyenne.

C'est une loi de psychologie qui nous incite à croire que c'est l'ennemi contre lequel nous nous sentons le mieux armé que nous rencontrerons le plus souvent sur notre route.

Et cependant il ne serait pas téméraire d'affirmer que la plus grande partie des vertiges proviennent d'une lésion de l'oreille.

Dans la pratique journalière, et c'est surtout à ce point de vue-là que je me place, il importe au médecin de pouvoir se rendre compte s'il est à même de pouvoir soigner la cause de ce vertige, ou si, au contraire, il a devant lui un malade dont l'affection doit être traitée par un spécialiste.

Si le malade est une personne âgée, à tendance à l'artério-sclérose, si dans son passé pathologique on ne relève aucun accident qu'on puisse incriminer (chute sur la tête, opération de l'oreille moyenne, insolation, coup de froid, ou bien encore bougirage des trompes ou insufflation à la Politzer intempestivement ordonnés), s'il n'y a pas de syphilis, on peut diagnostiquer qu'une otite moyenne est la cause des vertiges.

De plus, ce vertige a des caractères particuliers qui permettent de le distinguer des vertiges provenant d'autres organes.

C'est habituellement une sorte de tournoiement, qui commence subitement, sans prodromes. Il est souvent accompagné et précédé de bourdonnements dont l'intensité, comme l'a décrit Ménière, augmente au moment des vertiges. Tout à coup, les choses environnantes paraissent bouger ; les unes tournent sur elles-mêmes, les autres semblent s'enfoncer en terre ou se dresser devant soi. Souvent survient un état nauséeux, qui peut aller jusqu'au vomissement.

Quelquefois ces vertiges sont provoqués par un changement de position. Le malade, étant assis, se lève et aussitôt il est pris d'un balancement et d'une sorte de « tangage » à grandes oscillations, plus inquiétantes encore pour l'entourage que pour le malade lui-même habitué aux inconvénients de sa maladie.

Contrairement aux vertiges des neurasthéniques, la question du lieu n'intervient pas.

La durée de ces vertiges est généralement assez courte, 5 à 10 secondes, et, malgré leur caractère de chronicité, ils ne subissent pas beaucoup d'aggravation. L'état semble rester stationnaire.

Ce genre de malades peuvent très bien être traités par leur médecin habituel, et cela par des moyens très simples.

Je mets en première ligne les massages du tympan.

Il est inutile de se servir des masseurs spéciaux (masseur Symol ou analogues) : en se plaçant toujours au point de vue pratique, on a tout intérêt à simplifier encore l'instrumentation, et à les remplacer par un tube de caoutchouc muni de deux embouts ; autrement dit un tube otoscope avec deux oreillons, dont l'un

est en verre, l'autre en cuir bouilli, pour ne pas les confondre.

Le malade met l'un des deux oreillons dans sa bouche, et l'autre dans l'une des deux oreilles, celle où il accuse généralement des bourdonnements.

Matin et soir, on fait 8 à 12 succions énergiques. Si l oreillon placé dans l'oreille est suffisamment obturateur, le malade perçoit nettement l'effet qu'il produit sur son tympan.

Ce traitement bien souvent m'a amené des guérisons radicales, ou tout au moins de grosses améliorations.

Voici deux observations que je tiens à citer comme très typiques :

M. C..., âgé de 68 ans, très bonne santé : sans antécédents personnels intéressants, est pris un jour, en faisant une promenade, de troubles vertigineux qui l'inquiètent et lui font demander son médecin. Comme il était gros mangeur, on incrimine son estomac. Purgation, régime diététique. Les choses ne s'améliorent pas. Dix à douze jours après, nouveaux vertiges : ceux-là plus accentués, dans sa chambre, les murs, le parquet, les meubles, lui semblent danser une sarabande ; il tombe à terre, et les vomissements alimentaires paraissent.

Tout rentre dans l'ordre, lorsque quelques jours plus tard, dans une promenade, il est pris de ces mêmes troubles, et sentant que le sol « lui manque sous les pieds », il est obligé de s'asseoir pendant une demi-heure sur un tas de sable.

L'ayant vu à ce moment, je lui ordonne le massage avec le masseur Symol, et un mois après, les vertiges avaient cessé. Je fais continuer assez longtemps les massages, lorsqu'un jour, l'instrument qui servait à les faire s'étant détériorié ils se trouvent supprimés par cette cause fortuite ; 3 semaines après, les accidents avaient reparu.

2e Observation. — M. Z., agé de 80 ans, est atteint de vertiges depuis 5 ou 6 ans. Un jour, étant sur une échelle, il fut pris de ces mêmes vertiges et fit une chute assez grave. Chez ce malade, les vertiges sont surtout provoqués par un changement de position. Etant assis, s'il se lève, il est pris d'un mouvement de tangage tel qu'il est obligé de s'aggriper aux meubles, aux personnes qui se trouvent à la portée de sa main. Ce vertige dure environ 3 à 5 secondes.

Un jour, j'assistais à une crise qui fut précédée d'une aura. Le malade poussa un cri, pâlit, et, comme pris subitement d'un état ébrieux, chercha un appui ; aucun changement du côté de l'ouïe avant ou après la crise, si ce n'est des bourdonnements. Je lui fais commencer les massages à l'aide du petit instrument en forme de tube otoscope muni de deux oreillons.

Huit jours après, il n'y avait aucune modification, mais je m'aperçus, en le faisant faire devant moi, que le malade se servait très mal de son appareil. Je lui appris moi-même à s'en servir et après une nouvelle semaine les vertiges avaient disparu.

J'ajoute que, chez ces deux malades, on ne pouvait accuser le traitement d'être suggestif, car tous deux étaient plutôt sceptiques et semblaient très peu disposés à croire à son efficacité.

J'ai donné à dessein ces deux observations dans lesquelles je ne me suis servi que du massage du tympan, exclusivement. J'ai négligé le traitement par le salicylate, ou la quinine, ces traitements employés seuls ne m'ayant jamais donné de résultats aussi favorables.

Quant aux bougirages des trompes, l'insufflation à la Politzer, ou les autres traitements chirurgicaux, je considère qu'ils ne peuvent être employés que par le spécialiste, et il serait tout à fait téméraire à un médecin de vouloir se servir de ces moyens très délicats, s'il n'en avait, au préalable, fait une longue étude spéciale. Le massage du tympan peut et doit être fait par le malade lui-même.

PHTHISIOLOGIE

La tuberculose et l'atmosphère maritime.

Dans un récent article sur la Tuberculose et l'atmosphère maritime, nous avons demandé à nos confrères des bords de la mer de nous fournir les preuves que le climat maritime avait une influence heureuse sur l'évolution de la tuberculose ; nous recevons de M. le Dr *Pierre*, de Berck, la communication suivante :

J'ai hésité quelque temps à publier cette réponse au Dr Paul Huguenin. Exerçant au bord de la mer, je me sentais moins qualifié que tout autre à réfuter quelques-unes des assertions de son article (no 40 du *Concours médical*), mon opinion pouvait paraître entachée de parti pris et, par conséquent, peu propre à entraîner la conviction. Malgré cette suspicion légitime, malgré la difficulté qu'il y a à être impartial dans un plaidoyer *pro domo*, uniquement préoccupé de mettre les choses au point, je me suis laissé aller à écrire ces pages dans le seul but de contribuer pour ma petite part à poser quelques-unes des indications du traitement marin.

Je suis d'accord avec M. Huguenin pour reconnaître que l'influence maritime ne se fait sentir qu'au plein air de la mer, devant et non derrière la bordure des chalets, des dunes, des bois et de tout abri naturel ou artificiel et qu'il ne suffit pas d'aller habiter une plage pour dire qu'on est allé à la mer ; l'air vraiment marin, l'air imprégné de sel et des effluves marines ne se respire qu'à la limite des flots ou mieux, si cela était pratiquement possible, en pleine mer. C'est la première recommandation à faire au malade; et, pour juger de l'influence bonne ou mauvaise du séjour marin sur sa santé, la première chose à lui demander, c'est combien d'heures par jour en moyenne, il a passé sur la plage.

Je suis également d'accord avec lui pour conseiller aux médecins de bien examiner leurs malades avant leur départ à la mer, afin d'en détourner tous ceux qui ont des poussées congestives aux poumons et ceux chez lesquels un changement brusque de caractère, une altération subite de l'appétit, l'irrégularité du pouls, peuvent faire redouter longtemps à l'avance l'éclosion de la méningite, on évitera de la sorte non pas le désastre qui tôt ou tard frappera le malade, mais que ce désastre ne soit imputé à la mer. Si l on avait soin aussi de ne pas essayer de la mer « en dernier ressort » pour les malades arrivés au dernier terme de la cachexie ou pour ceux dont un membre, jambe ou bras, est définitivement condamné, on aurait moins souvent à déplorer certaines catastrophes criardes ou nombre d'amputations déplorables. C'est de la

mauvaise thérapeutique que d'envoyer à la mer les rebuts de la chirurgie. On hâte certainement la fin du malade qui est envoyé à la mer avec un rein ou un foie amyloïdes. Mais est-ce la faute de la mer ou du médecin ?

La mer, surtout la mer du Nord et la Manche, convient plus aux enfants qu'aux adultes. Chez ces derniers, les complications viscérales de la tuberculose sont plus fréquentes et c'est là une contre-indication absoluc. En outre, le système nerveux des adultes se ressent davantage de la variabilité du climat marin et de la force du vent aggravée par la pression barométrique qui est maxima. Il ne faudrait pas cependant prendre au pied de la lettre cette réputation qu'on fait aux plages du Nord d'être constamment sujettes aux brusques changements de température et aux tempêtes. Des tempêtes, il y en a, environ 4 à 5 jours par mois ; on en est quitte pour ne pas aller à la mer ces jours-là ; on se promène dans l'intérieur du pays. Quant aux changements de température, ils sont le propre des pays dits tempérés; c'est une question de latitude ; ils sont peut-être plus sensibles à la mer qu'à l'intérieur à cause de la force de la brise marine. Je n'ai jamais observé qu'après une tempête un coxalgique se plaignît davantage de sa jambe, qu'un pottique eût des irradiations douloureuses, qu'un poitrinaire eût des hémoptysies. Les enfants sont un peu plus énervés, et c'est tout.

M. Huguenin accuse l'air salin, l'humidité saline, la poussière de sable surtout, d'aggraver des inflammations banales des yeux et des bronches.

Il déconseille donc la mer aux personnes atteintes de blépharites, de conjonctivites, de laryngites et de bronchites. Le sable n'est soulevé en poussière que par les fortes tempêtes. L'objection est donc très relative ; et ce serait aller un peu loin que de déconseiller la mer à des malades atteints de blépharo-conjonctivite, qui en auraient besoin pour leur lymphatisme, pour la raison qu'ils seraient obligés de rester dans leurs appartements 4 à 5 jours par mois. Cette année, j'ai eu pendant trois mois à ma clinique une jeune fille, une Parisienne, qui depuis trois ans, tous les hivers, était forcée de suspendre ses études à cause d'une séric de blépharo-conjonctivites à répétition. C'est en vain qu'elle avait consulté les meilleurs oculistes de la capitale. L'an dernier, elle vint passer six semaines à Berck. La conjonctivite disparut. Elle récidiva à Paris ; au printemps, elle fut renvoyée à la mer, et au bout de huit jours elle était guérie ; pendant son séjour, elle a pris de la mer sous toutes les formes, bains quotidiens, promenades, jeu de croket, sans éprouver la moindre atteinte. Trousseau a depuis longtemps observé cette influence bienfaisante de la mer sur les affections oculaires d'origine lymphatique ; il n'a pas manqué de la signaler dans son livre sur l'hygiène de l'œil. « Le séjour au bord de la mer est essentiellement favorable aux enfants lymphatiques et strumeux en puissance de kérato-conjonctivite à répétition, surtout parce qu'il modifie l'état général ; parfois au début de la cure, il aggrave l'état local. Je conseille d'envoyer les enfants sur une plage assez abritée, à climat tempéré et exposée de préférence aux vents d'ouest. Celles qui sont battues par les vents du nord et de l'est sont contre-indiquées. »

Par contre, M. Huguenin permet la mer aux otitiques. Je suis de son avis, contrairement d'ailleurs à l'opinion d'un grand nombre d'otologistes, aux yeux de qui les mêmes causes irritantes, l'air salin, l'humidité saline, le sable, seraient aussi pernicieux pour les oreilles que pour les yeux. La mer agit sur les otorrhéiques de deux façons : en modifiant l'état septique du nez et de la gorge, d'où le bienfait que retirent d'un séjour maritime les enfants atteints de rhinite et d'adénoïdite chronique, et surtout en améliorant, en guérissant même, si le séjour est assez prolongé, leur lymphatisme qui sert de substratum à leurs écoulements. C'est la grande raison qu'il ne faut jamais oublier et qui l'emporte de beaucoup sur les petits inconvénients, faciles à pallier, qui peuvent résulter des causes d'irritations locales.

M. Huguenin accuse la mer de précipiter les fontes caséeuses.

C'est quelquefois vrai, surtout pour les adénites cervicales. Mais loin de nous en plaindre, nous sommes trop heureux quand le fait se produit, quand, au lieu d'une adénite indurée réfractaire à tout traitement, et de durée souvent indéfinie, nous avons devant nous une adénite transformée en abcès froid. La caséification ? L'abcès froid ! Mais c'est la fonte des fongosités, c'est la victoire du phagocyte sur le bacille, c'est la certitude d'une tuberculose désormais bénigne. Quelques ponctions, suivies ou non d'injections modificatrices suivant les cas, auront facilement raison de cet abcès froid. Dans d'autres cas, surtout pour les abcès par congestion, symptomatiques du mal de Pott, la mer, au lieu de précipiter la production des abcès froids, en précipite la résorption, grâce aux conditions adjuvantes du repos, de l'immobilisation, d'un meilleur appétit.

Que de fois ne m'est-il pas arrivé d'attendre d'un jour à l'autre pour un abcès iliaque le moment propice d'une ponction, moment qui n'arrivait jamais parce que le pus, au lieu de venir sous la peau, se résorbait petit à petit.

La mer est congestionnante, dit encore M. Huguenin, et, à ce titre, elle aurait « le grave, le très grave inconvénient de donner un coup de fouet aux inflammations bacillaires, viscérales, articulaires et osseuses ».

Passe pour les inflammations viscérales. Je suis le premier à détourner de notre littoral tout malade suspect de la tuberculose des poumons, des intestins, des reins, des organes génitaux, des méninges, etc. Si la mer devait avoir un effet désastreux sur les ostéo-arthrites bacillaires, on s'en apercevrait au moins à deux signes : l'augmentation des douleurs et l'élévation de la température. On n'observe pas l'une, et quant à l'autre, c'est généralement l'inverse qui se produit. Il n'est pas rare de voir des enfants arrivés à la mer avec une fièvre légère, 37°7, 38°, 38°5, perdre petit à petit leur température pour revenir à la normale au fur et à mesure que l'appétit augmente. Il est une condition essentielle à cela : c'est que ces enfants soient constamment au grand air, au grand air de l'intérieur la première quinzaine, au grand air de la plage ensuite. Si la température persiste, c'est qu'il y a autre chose derrière : méningite, granulie ou abcès froid réchauffé.

« Ce qui fait, dit M. Huguenin, le succès du

climat marin, c'est l'augmentation considérable de l'appétit et, par suite, l'embonpoint rapide que prend le malade ; c'est le teint florissant de la mine du sujet. Apparences trompeuses ! Le malade engraisse, mais il ne prend pas de forces ; c'est de la bouffissure et non du sang.... Il suffira du plus léger accident, rhume, embarras gastro-intestinal, pour amener une fonte rapide de ce malade adipeux.... La réserve accumulée, au lieu de détruire le bacille infectieux, va lui donner un surcroît de nourriture qu'il utilisera pour renouveler et décupler ses attaques, etc. »

Il est certain que la fringale et l'engraissement rapide des trois premiers mois de séjour ne durent pas : pas plus que ne dure l'engraissement dû à n'importe quel moyen artificiel ou naturel de suralimentation.

Peu à peu, l'appétit et l'embonpoint retombent à leur moyenne normale, à la moyenne d'avant la maladie, à la moyenne physiologique de chacun. L'organisme revient tout seul, et sans qu'il soit besoin d'une maladie intercurrente, à son équilibre normal de recettes et de dépenses. Mais c'est là la santé : c'est ce qu'il faut. Un malade qui se maintiendrait à l'appétit des premiers temps de son séjour aboutirait à la polysarcie, c'est-à-dire à la fatigue du cœur et des reins : on meurt de l'excès de recettes comme de l'excès de dépenses. Or, l'important pour celui qui jusque-là était en déficit, c'est de reprendre le dessus. Il lui fallait un coup de fouet et la mer le lui donne souverain. Au lieu d'augmenter par bonds de six, douze, quinze livres, le poids restera stationnaire si le malade est adulte, il augmentera progressivement si c'est un enfant. C'est tout ce qu'on peut souhaiter. L'engraissement rapide a parfois des conséquences heureuses : c'est à sa suite que j'ai vu se fermer des fistules datant de plusieurs années, se résorber comme par enchantement, au bout de 3 à 4 semaines de séjour, les adénites les plus invétérées.

Hélas ! le miracle est plutôt rare. Le malade qui n'a pas eu la chance d'être du nombre des élus attendra sa guérison du temps et de sa persévérance. Il l'attendra 1, 2 ou 3 ans, tantôt plus, tantôt moins, le temps nécessaire pour s'immuniser petit à petit contre le bacille (car on s'immunise contre le bacille tuberculeux comme contre tout autre bacille, pourvu qu'on y mette le prix). L'immunité s'acquiert à l'abri d'une bonne santé générale de tous les instants, et grâce à elle. Un peu d'embonpoint en est la marque extérieure.

Quoi qu'en dise M. Huguenin, j'aime mieux les tuberculeux gras que les tuberculeux maigres. Il est possible que le bacille se nourrisse de la graisse accumulée. Ça ne doit guère lui profiter. Car j'ai toujours vu le retour de l'embonpoint coïncider sinon avec la guérison, au moins avec la rémission des symptômes.

Certes, la mer n'a pas d'action spécifique sur le bacille tuberculeux ; elle ne le tue pas plus que ne le tuent les autres médications.

Mais, à côté du bacille il y a le malade, et c'est à celui-ci que la mer fait du bien en lui rendant son appétit, en lui donnant un sang plus vermeil, en le *vivifiant*, c'est-à-dire en le mettant à même, par des oxydations plus intenses, par une meilleure hématose, de mieux lutter contre son ennemi.

C'est de la même façon que la mer favorise le développement de tous les enfants qui poussent mal, les rachitiques, les scrofuleux, les lymphatiques, de tous ceux sur qui pèse une hérédité chargée ou une première alimentation défectueuse. En activant l'hématose, la mer favorise l'élimination des toxines acquises ou héréditaires. Pourquoi les toxines de la tuberculose, essentiellement dystrophiantes de leur nature, échapperaient-elles à son action ?

Que la mer ne convienne pas à tous les tuberculeux, c'est un fait incontestable. Je conviens qu'il faut en éloigner les cérébraux, les agités, les facies méningitiques, les pulmonaires sujets aux poussées congestives, les malades atteints de complications viscérales.

La sélection doit porter à la fois sur les malades et sur les formes de la maladie. C'est compromettre le traitement marin que d'envoyer à la mer indistinctement tous les malades atteints de tuberculose, surtout les cas désespérés. C'est une très mauvaise pratique que d'essayer de la mer en dernière ressource. Quand on juge le malade perdu, il faut avoir le courage de le laisser mourir tranquillement chez lui. On doit réserver le traitement marin à ceux dont l'infection bacillaire se double d'un tempérament lymphatique.

L'immense majorité des porteurs d'ostéite fongueuse sont dans ces cas.

Dr Pierre,
Berck-sur-Mer,

le 15 octobre 1902.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur le traitement opératoire du myome utérin.

Les gynécologues modernes semblent pratiquer avec une préférence de plus en plus marquée les cœliotomies vaginales, plutôt que les laparotomies, et cette tendance n'est pas sans influer sur la technique opératoire de quelques affections.

C'est ainsi qu'en présence des résultats déplorables obtenus dans l'extirpation abdominale des annexes, chroniquement enflammées, on n'hésita pas à choisir la voie vaginale pour enlever en même temps l'utérus, les trompes et les ovaires. Mais, dit le docteur Herzfeld (*Wien. med. Wochens.* 1902, n°s 27-28), cette technique semble de moins en moins indiquée, si l'on considère les excellents résultats obtenus dans ces inflammations chroniques des annexes par la méthode conservatrice. On fait également choix de la cœliotomie vaginale pour l'ablation des kystes ovariens ; cette opération présente évidemment, dans le cas particulier, de grands avantages sur la laparotomie, mais on ne devrait la pratiquer que d'une manière exceptionnelle ; il faudrait, en effet, pouvoir affirmer avec certitude l'absence d'adhérences plus ou moins nombreuses du kyste avec les organes voisins ; or la chose est souvent impossible, même après une palpation des plus soigneuses, et pour des raisons techniques l'opérateur se trouve quelquefois, au cours de son intervention, obligé de sacrifier l'utérus, fût-il même sain. Voilà donc perdus les avantages de la cœliotomie sur la laparotomie. Cette extirpation imprévue de

l'utérus est assez fréquente, d'après Herzfeld, pour faire condamner le principe de l'opération vaginale. Ce procédé est d'ailleurs tout à fait contre-indiqué pour une tumeur inflammatoire des annexes siégeant à droite, car souvent celle-ci se trouve en connexion avec l'appendice vermiculaire, et il existe fréquemment une relation de cause à effet entre les abcès pérityphliques et les annexites.

Par contre, la question se pose d'une façon très différente quand il s'agit de choisir entre la voie vaginale et la voie abdominale pour l'ablation d'un utérus ayant subi la dégénérescence myomateuse. Péan et Segond nous ont enseigné la méthode de morcellement pour extirper par le vagin des myomes très volumineux, remontant quelquefois jusqu'à l'ombilic, myomes pour lesquels il fallait autrefois pratiquer la laparotomie. Ce procédé est d'ailleurs très avantageux pour les malades. Bien plus dangereuse que l'ablation vaginale par morcellement, était la myomectomie pratiquée après ouverture du ventre. C'est ainsi que l'hystérectomie vaginale donne une mortalité de 0,85 pour cent (une mort pour 116 opérations avec morcellement), et que la laparo-myomectomie donne 9,3 pour cent (Statistique de Herzfeld). Non seulement la laparotomie immobilise la malade dans son lit pendant un temps bien plus long que la cœliotomie, mais encore elle entraîne les risques de hernies abdominales d'adhérences péritonéales douloureuses.

Mais si telle est la supériorité de cette opération, pourquoi donc ne pas opérer tous les myomes par la voie vaginale, qui permet d'enlever des tumeurs très volumineuses (remontant jusqu'à l'ombilic), et même assez éloignées de la paroi vaginale ?

Certaines circonstances peuvent faire rejeter la cœliotomie au profit de l'extirpation totale après laparotomie. Ce sont :

1°) Le siège de la tumeur, quand celle-ci se trouve située au fond d'un utérus présentant un col allongé et étroit ;

2°) La consistance de la tumeur (le morcellement devint impraticable quand le myome est incrusté de sels calcaires) ;

3°) La fixation de la tumeur par des adhérences larges et nombreuses, quoique la présence de tumeurs annexielles assez volumineuses ne soit pas une contre-indication par l'opération vaginale.

4°) Le développement sous-séreux d'une tumeur pédiculée.

Il est donc nécessaire pour chaque cas, pris en particulier, de discuter les indications et les contre-indications de ces deux opérations, tout en accordant plus de préférence à la cœliotomie vaginale, qui offre tant d'avantages aux malades.

Voyons, à présent, pour quelles raisons l'opération abdominale est plus dangereuse, pourquoi elle entraîne une mortalité plus considérable.

Voici tout d'abord les circonstances dans lesquelles succombèrent les cinq malades d'Herzfeld, consécutivement à l'intervention abdominale. Deux d'entre elles moururent, 24 heures après l'opération, de myocardite avec cyanose ; les effets de la narcose n'avaient pas totalement disparu. Une autre femme fut enlevée subitement par une embolie, le troisième jour ; deux autres enfin succombèrent par péritonite septique.

La malade qui mourut après l'extirpation vaginale par morcellement (116 cas) présenta le sixième jour une rupture intestinale, consécutive à un iléus.

La laparotomie avait donc causé deux péritonites septiques ; mais on peut également lui imputer les morts d'origine cardiaque, si l'on pense qu'elle nécessite une narcose bien plus profonde que la cœliotomie, et qu'elle expose le péritoine et l'intestin aux agents infectieux et à des traumatismes assez nombreux. Toujours est-il qu'il nous est possible d'éviter ces derniers accidents dans de certaines limites, en pratiquant une asepsie rigoureuse, en évitant de lier les vaisseaux en masse pour ne faire que des ligatures isolées avec de la soie moins épaisse, et diminuer la nécrose des tissus. Néanmoins, la surface de péritoine qui entre en contact avec les mains de l'opérateur et des aides est toujours plus considérable dans l'opération abdominale que dans l'opération vaginale ; en outre, il est plus difficile de lier tous les vaisseaux sectionnés ; enfin la cœliotomie évite mieux (la plaie opératoire siégeant dans les parties déclives) la stagnation des liquides sanguins ou des sécrétions diverses, excellent milieu de culture pour les germes infectieux.

La méthode vaginale, grâce à ses excellents résultats, permet d'opérer les myomes utérins d'une manière plus hâtive, sans attendre que la malade soit affaiblie par des hémorrhagies répétées, que son myocarde soit dégénéré. ou entravé dans son énergie par une administration prolongée d'ergotine.

Les indications opératoires ne sont pas aussi absolues pour un myome que pour une tumeur maligne ; néanmoins, il faut extirper, sans plus tarder, toute formation myomateuse, qui occasionne des hémorrhagies importantes, difficiles à combattre, qui par son volume ou son siège, provoque des douleurs violentes, qui présente des signes de dégénérescence maligne, nécrosique ou cystique, ou enfin détermine des inflammations péritonéales à récidive. Tous les myomes ne rétrocèdent pas à la menopause. Certaines femmes ne souffraient pas de leur tumeur pendant la vie sexuelle ; puis brusquement apparaissent un accroissement rapide de la lésion, des douleurs, de la fièvre, des manifestations péritonéales, des hémorrhagies, de la cachexie ; ces symptômes doivent déterminer une intervention opératoire.

Les myomes peuvent se comporter différemment pendant la grossesse et la puerpéralité : quelquefois ils ne donnent lieu à aucune manifestation particulière, ou encore la gestation exerce sur eux une influence favorable, mais ils peuvent aussi subir un accroissement rapide et devenir un obstacle à l'évolution fœtale. Il est remarquable de noter la tolérance de l'utérus gravide dans les extirpations de myomes, qu'il s'agisse même de noyaux situés dans la paroi utérine ou dans la paroi cervicale ; la grossesse n'est pas interrompue par l'intervention. Dans les cas où l'énucléation de noyaux myomateux est impossible, il faut extirper l'utérus gravide.

Il est assez fréquent de trouver en même temps ces tumeurs annexielles et des myomes. Dans 116 cas de myomes utérins. pour lesquels

Herzfeld a pratiqué le morcellement et l'extirpation totale par le vagin, cet auteur a trouvé 21 fois des tumeurs annexielles unilatérales, ou bilatérales (ce qui donne une proportion de 5 pour cent de la totalité des cas). Les trompes, qui durent être enlevées, renfermaient un épanchement de nature séreuse, purulente ou hémorrhagique. Ces observations ne comportent évidemment que les cas où l'intervention opératoire avait été indiquée par un myome.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès international pour la prévention et la cure des maladies du travail. Milan 1904.— C'est d'après l'initiative de M. le Docteur M. De Cristoforis, député au Parlement italien, que ce Congrès aura lieu, en 1904, à l'occasion des fêtes pour l'ouverture du Simplon. Il aura pour but :

1° L'étude, la prévention et la cure des maladies du travail et les lois relatives ; 2° une exposition d'hygiène, industrielle et professionnelle.

Une première énumération des questions que l'on répute plus dignes d'étude et de discussion, et le programme de l'exposition seront envoyés prochainement aux Chambres de travail, aux corporations qui s'occupent d'assister les travailleurs, aux médecins, aux philanthropes, aux industriels et à toutes les personnes qui étudient cette matière si importante au point de vue scientifique, social et industriel.

Conférence d'ophtalmologie.— Les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 21 octobre 1902, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : lundi, à deux heures, M. Chevallereau : maladies du fond de l'œil ; — mardi, à une heure, M. Trousseau ; examen clinique de malades ; — mercredi, à deux heures, M. Kalt : traitement des maladies externes de l'œil ; — jeudi, à deux heures, M. Dubief : bactériologie ; — vendredi, à trois heures, M. Valude : chirurgie oculaire.— Consultations et opérations à une heure.

Projets dangereux.— 1° A St-Pétersbourg. dit *le Soleil*, vient d'être fondée une Société d'assurance contre la maladie. Voici quelles en sont les bases qui ont été posées par le propriétaire Litinsky et le docteur en médecine Verjbitsky.

Tout locataire d'immeubles faisant partie de l'Association s'engage à verser régulièrement à la caisse sociale un et demi pour cent du prix de son loyer. En retour de cette contribution minime, tout locataire est assuré de recevoir l'assistance médicale et gratuite d'un docteur de son quartier à toute heure du jour et de la nuit. Et cette assistance médicale s'étend à tous les membres de sa famille et aux personnes à son service. En outre, la Société se charge de désigner à tous ses membres un certain nombre de pharmacies où les remèdes leur seront fournis à des prix très réduits.

2° Un commissaire de police de Paris signalait à M. Lépine, qui n'est pas l'ennemi des innovations, l'utilité que présenterait la création *d'agents panseurs*. Le plus souvent, en effet, les personnes blessées sur la voie publique le sont légèrement et peuvent regagner leur domicile après un pansement sommaire dans une pharmacie. Or, les frais du pansement restent à la charge de la préfecture de police et représentent, chaque année, un total important, sans compter que les élèves en pharmacie ne sont pas toujours très experts dans l'art des pansements. Ne pourrait-on fournir les postes de boîtes de pansement et faire suivre aux agents des cours pratiques pour les mettre en mesure de donner sur place aux blessés les soins convenables. Cette mesure permettrait de réaliser une économie notable.

Toujours défiants devant ces innovations suspectes, nous avons la faiblesse de craindre que la prime offerte par les proprios russes ne le soit aux dépens des médecins, et que les agents panseurs ne soient plus occupés pendant leurs loisirs qu'au cours de leur service, ce qui n'aurait lieu qu'à notre détriment.

FACULTÉ ET HOPITAUX.

Clinique médicale. — M. le professeur Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale à l'hôpital Baujon.

Visite et examen des malades tous les matins à 9 heures, salle Behier (femmes), salle Sandras (hommes).

Hôtel-Dieu. —M. le docteur Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le jeudi, 17 avril, à 10 heures et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Opération avant la leçon (amphithéâtre Desault).

Ecole pratique. — Exercices opératoires sous la direction de M. le professeur Berger et de M. Hartmann, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques sous la direction de M. le Dr Quénu commenceront le lundi 7 novembre 1902.

Office de l'Internat. — L'office de l'Internat, créé par l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, a été ouvert le mardi 21 octobre.

Concours pour le prix Filloux.— Sont désignés pour former le jury pour le prix Filloux : MM. Lermoyez, Sébileau, Lombard, Cornil, Jalaguier.

M. Lermoyez, seul, jusqu'ici, a fait connaître son acceptation.

Concours de l'Externat. — Les séances du concours d'externat ont commencé le lundi 20 octobre. Les jurys sont composés de la façon suivante : Section d'anatomie : MM. Apert, Labbe, Ombredanne, Riche.

Les séances pour l'épreuve d'anatomie ont lieu les mardis, jeudis et samedis à 4 heures et demie.

Section de pathologie : MM. Auclair, Marie, Marion, Brindeau.

Les séances pour l'épreuve de pathologie ont lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures et demie.

Ordre des séries : Militaires (anatomie) 1re moitié et 2e moitié ; (pathologie) 2e moitié et 1re moitié.

Non militaires (anatomie) 2e moitié 1re et 2e séries ; 1re moitié 1re et 2e séries.

Vétérans 1re et 2e moitié.

Pathologie : 1re moitié 1re et 2e séries ; 2e moitié 1re et 2e séries ; vétérans, 2e moitié et 1re moitié.

Pathologie : Séance du lundi 20 octobre.

Technique et accidents de la chloroformisation : Rousselot 17 ; Perrier 18; Rousseau-Langwelt 15 1/2; Ménard 16 ; Plivard 16 ; Nepper 15 ; Kuennemann 14 1/2 ; Labande 15 ; Hirtz 13 ; Jais 8 ; Martineau 10 1/2 ; Monnot 17 ; Grappin 10 ; Pakowski 17 ; Maillet (J.-M) 17 1/2.

Absents : MM. Plée et Jeannequin.

Anatomie : Séance du 21 octobre. Muscles fessiers.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4846. M. le Docteur CHOMET, de Treignat (Allier), présenté par M. le Docteur Gouvernaire, de Montluçon.

N° 4847. M. le Docteur BEYLOT, de Saint-Denis-de-Pilcs (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur VOISIN, de Saint-Léonard (Haute-Vienne), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 44 1er NOVEMBRE 1902



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRATIQUE DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.
Intérêts divers du Corps Médical.

Fondateur : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Réforme de l'Enseignement médical

A M. le Docteur Jeanne,
Rédacteur en chef du *Concours médical*.

Monsieur et très honoré Confrère,

« *Beati possidentes.* »

« Champagne au sortir d'un long dîner qui lui enfle l'estomac, et dans les douces fumées d'un vin d'Avenay ou de Sillery, signe un ordre qu'on lui présente, qui ôterait le pain à toute une province, si l'on n'y remédiait : il est excusable ; quel moyen de comprendre dans la première heure de la digestion qu'on puisse quelque part mourir de faim. »

Mais quel rapport, me direz-vous, y a-t-il entre votre introduction un peu solennelle et la question mise en vedette ?

Oh ! un rapport très lointain, je m'empresse de le reconnaître et de m'en excuser au besoin. Il serait irrévérencieux d'établir un rapprochement un peu étroit, si peu même qu'il le fût, entre le personnage favorisé de la fortune qui porte le nom typique de Champagne et votre distingué collaborateur qui signe Pierre Roy.

Mais, en cherchant par quelle bizarre association d'idées ce souvenir classique, pourtant lointain, est venu flotter dans ma mémoire, je n'en trouve qu'une explication nullement plausible, c'est que l'un et l'autre peuvent être classés à la rigueur, parmi les privilégiés. Mais je me hâte d'ajouter, pour éviter toute méprise, qu'il est des privilèges éminemment respectables et que le temps, loin de les détruire, ne pourra que consacrer, je veux dire ceux qui ont été conquis par le travail et reposent sur le mérite personnel. Ceux de MM. les Internes sont de ce nombre, je le proclame et m'incline.

Cela dit, tout est-il pour le mieux dans nos services hospitaliers de Paris et de la province ?

On pourrait le croire à la première lecture de la lettre insérée dans le n° 42 du Concours. Je conviens pourtant qu'en la relisant, grâce surtout au soin pris par la Rédaction de souligner certains paragraphes, notre futur confrère reconnaît, pleinement, en même temps qu'incidemment, que des améliorations sont désirables et possibles, et pour préciser, il souhaite un peu platoniquement que tous les services réalisent un enseignement pratique en généralisant des procédés d'instruction actuellement en usage dans un trop petit nombre.

Mais c'est précisément là ce qu'il faut non seulement souhaiter, mais réaliser ; il faut que ce qui est actuellement l'exception devienne la règle.

Comment l'obtenir ?

Votre très distingué correspondant regarde les réglements comme inutiles ; je les crois indispensables et efficaces. Pourquoi ? Le voici en toute sincérité. Ai-je besoin d'observer qu'obscur et vieux médecin de campagne, mes observations sont d'ordre général et ne visent aucune personnalité.

Je vais examiner, si vous le permettez, tour à tour, Professeurs et Etudiants, dans une étude rapide mais vécue.

Parlons d'abord des professeurs de la Faculté dans leurs services de l'hôpital. Leurs salles sont encombrées d'Etudiants ; le lit du malade examiné est entouré d'une triple haie ; si le premier

rang voit, les autres ne peuvent qu'entendre sans voir. Aussi la visite du maître n'est-elle, pour un grand nombre, qu'une simple promenade, les mains dans les poches.

Cette suite nombreuse peut flatter son amour-propre, mais elle est véritablement trop nombreuse pour que son enseignement soit profitable à tous.

Pour y remédier, il faut de toute nécessité limiter le nombre des Etudiants et les répartir dans les divers services hospitaliers, comme on le fait pour les Internes et les Externes, en établissant un roulement.

Comment obtenir, sans cette répartition, que le chef puisse connaître tous ceux qui l'entourent, les interroger, leur faire prendre des observations, les exciter à travailler, leur faire aimer la profession ?

Cette obligation purement facultative jusqu'ici, il faudra l'imposer, sinon à tous les médecins des hôpitaux, du moins à un nombre suffisant pour les besoins de ce nouvel enseignement.

N'est-il pas vrai que tous les professeurs n'entendent pas leur mission de la même manière, que quelques-uns se préoccupent moins d'enseigner que d'apprendre pour eux-mêmes, que les exigences de la clientèle ne permettent pas toujours de consacrer à la leçon clinique, au lit du malade, véritable leçon de choses, tout le temps nécessaire ?

Mais j'ai hâte d'arriver aux Etudiants ; nous serons plus à l'aise sur ce terrain.

M. Pierre Roy en admet deux catégories : d'un côté les Internes et les externes ; de l'autre, et ce second groupe est le plus nombreux, ceux qui ne préparent aucun concours et recherchent simplement l'obtention du diplôme de Doctorat.

Des premiers je n'ai cure, ils savent se conduire et le succès de leur carrière est assuré ; bornons-nous à les proposer pour modèles.

C'est aux seconds qu'il convient de s'intéresser, les futurs médecins de campagne ; c'est eux qu'il faut vouloir plus instruits de leur métier.

Comment y réussir ?

Comment expliquer l'ignorance de ce pitoyable docteur en médecine que son Président de Thèse apostrophait de si cruelle façon, et celle, hélas ! de ses trop nombreux semblables ?

Votre collaborateur n'hésite pas à en exonérer la méthode d'enseignement et à en rejeter toute la responsabilité sur le sujet lui-même.

Il ne craint pas d'affirmer « qu'aucun règlement ne parviendrait à transformer toute cette indifférence et cette paresse en un beau zèle et une bonne conscience des devoirs à remplir. »

Il reste sceptique « sur les résultats de cette militarisation des écoles civiles, comptant bien plus sur la libre moralisation de l'individu que sur l'obligation gouvernante. »

Que les Règlements puissent être éludés, je l'accorde ; qu'un petit nombre reste entièrement réfractaire à tous les efforts tentés en leur faveur, il faut bien l'admettre ; mais que la généralisation des procédés, dont il fait honneur à quelques chefs de service qu'il pourrait citer reste sans résultat, me paraît une affirmation risquée et en contradiction avec ses prémisses.

Pour mon compte, je suis convaincu que la règle a du bon pour le plus grand nombre et que,

FEUILLETON

Nos œuvres de prévoyance devant la statistique de la mortalité médicale.

Nous avons lu depuis deux ans, et ces jours derniers encore, des études et articles signés par des médecins, qui tendaient à nous révéler de si étranges découvertes dans les calculs qui ont servi de base à la constitution de nos Caisses mutuelles, et notamment à la Caisse des Pensions, qu'il nous a paru indispensable de réclamer d'un spécialiste l'exposé des données acquises que la statistique fournit à la saine application de nos idées de prévoyance.

Il y avait quelqu'imprudence, pour quiconque n'était pas du bâtiment, à lancer dans la circulation des critiques aussi peu documentées, en maniant les chiffres sans préparation suffisante. Nous savons bien que cela fut fait sans hostilité préconçue, mais le résultat eût pu cependant être fâcheux, puisqu'il portait atteinte au développement d'œuvres des plus utiles.

Aussi comprendra-t-on sans peine notre souci de ne pas laisser vivre ou renaître ces légendes funestes à nos créations ; et c'est pourquoi nous avons demandé à l'un de nos dévoués actuaires de remettre les choses en place, avec l'autorité que donne la compétence.

Nous nous plaignons avec raison de la témérité avec laquelle tout profane se mêle de faire de la médecine. Ne serait-il pas sage de nous montrer plus réservés quand nous faisons parler des chiffres ?

C'est ce sentiment qui nous a conduits, nous, pourtant un peu familiarisés avec les calculs des œuvres que nous administrons depuis longtemps, à confier ce petit cours indispensable et opportun à quelqu'un ayant vraiment qualité pour le professer.

Nous lui donnons la parole, pour plusieurs numéros s'il le désire, avec la certitude que l'on nous approuvera d'avoir soumis à l'arbitrage, une divergence de vues qu'il ne faut pas laisser revêtir l'apparence d'une polémique. Et nous réclamons de nos lecteurs, l'attention nécessaire pour saisir la portée et les conséquences de cette étude très spéciale pour eux.

De la statistique en général et de la mortalité des médecins en particulier.

L'auteur de cet article, qui n'appartient pas au Corps médical, doit d'abord s'excuser auprès des lecteurs de ce Journal, d'avoir accepté l'aimable hospitalité offerte par la rédaction du Concours médical, pour les entretenir de choses qui n'ont pas avec la médecine un rapport immédiat. Cependant, presque tous les médecins font aujourd'hui de la statistique, quelquefois sans le savoir, et surtout

si l'élite peut s'en passer, elle est certainement salutaire pour le commun des martyrs.

Parmi ces échappés du Lycée, parmi ces Bacheliers frais moulus, n'avez-vous jamais rencontré des caractères un peu faibles, sujets aux bons, et plus souvent peut-être, aux mauvais entraînements ?

C'est à ceux-là qu'il faut songer pour les protéger contre leur faiblesse, secouer leur paresse et réveiller une bonne conscience de leurs devoirs, plutôt endormie qu'oblitérée.

Voilà pourquoi je m'insurge, avec toute la sage Direction du *Concours*, contre une conclusion par trop pessimiste, ainsi formulée : « Rien à faire contre cela, on ne peut *qu'essayer* d'inspirer à ces jeunes gens le désir d'apprendre », et je me refuse avec elle à accepter cette formule résignée.

Les Etudiants paresseux qui gémiront un jour amèrement sur les heures perdues sont-ils l'exception ou la Règle ?

Qui pourra le dire ?

Il est à craindre qu'ils ne soient pas l'exception !

Ancien Etudiant de la deuxième catégorie, dont le fils se destine aux Etudes médicales, je me suis cru autorisé, à ce double titre, à répondre à votre appel par cette trop longue lettre où vous pouvez entrevoir une confession. Si elle vous paraît mériter les honneurs de l'insertion dans votre Journal, dont je suis un fidèle lecteur, veuillez lui accorder le voile de l'anonyme déjà employé sous la signature XXX.

II

L'enseignement supérieur de la Médecine en France.

Plus nous allons et plus les sciences médicales prennent de l'extension et de la précision, plus s'accentue la différence qui existe, déjà depuis plusieurs années, entre les médecins *savants* et les médecins *praticiens*. Qu'on la nie ou qu'on l'avoue publiquement, peu nous importe. Un fait certain, c'est qu'elle est réelle ; et l'intéressant est de la constater, sans vaines récriminations, d'ailleurs inutiles.

Certes, à Paris, on ne veut pas encore admettre cette distinction, et la plupart des praticiens de cette ville pensent qu'ils sont aussi savants que les plus érudits de leurs collègues, puisqu'ils ont les mêmes titres et sont tout aussi capables qu'eux de publier la relation d'un fait clinique, qui, un beau jour, les a intéressés ! Mais il ne faut pas juger de ce qui se passe en France par ce que l'on observe dans la capitale ; et, en province, nos confrères sont les premiers à être de notre avis. Tel, récemment, M. le Dr Lecreux, qui, dans le *Lyon médical*, demandait : « Moins d'études théoriques, moins de laboratoire ; plus d'hôpital et plus de cliniques.... »

Cela veut dire en bon français que, désormais, il faut, à tout prix, diviser l'enseignement de la médecine en deux parties : l'*enseignement courant*, destiné à former des *praticiens* purs, et constitué par des cours très simples pour toutes les sciences qui ne sont pas fondamentales : l'*enseignement supérieur*, ayant pour mission de former d'une part, les professeurs, d'autre part

---

presque tous les médecins interprètent des statistiques, ce qui est plus délicat. Enfin, les généralités sur la statistique tiendront ici peu de place, et seront suivies d'un exposé de ce que l'on sait actuellement sur la mortalité du Corps médical, question intéressante quand il s'agit de caisses de retraites ou d'assurances quelconques.

Une statistique est la description numérique d'un état, d'une situation, d'un fait ; par exemple, du commerce d'importation, de la mortalité hebdomadaire dans une ville, de la fréquence de telle maladie dans telle agglomération, etc, etc. Qu'il soit permis d'insister ici sur cette idée, qu'une statistique doit s'appliquer à *une seule chose*. Quand il s'agira de tirer parti des statistiques, il sera permis de les comparer entre elles, de considérer *plusieurs* statistiques à la fois, mais c'est une très mauvaise méthode, conduisant presque fatalement à des erreurs que de compliquer le problème dès le début, et par exemple de chercher tout de suite à établir des *moyennes*. D'ailleurs, la statistique, définie comme plus haut, est déjà une opération souvent délicate ; si, comme calcul, elle se réduit à une simple addition, il n'est pas toujours facile de savoir quels nombres il faudra additionner. Quand, par exemple, on étudie la mortalité des membres de plusieurs sociétés, que l'on a groupées pour obtenir un plus grand nombre d'observations, il faut veiller à ne compter que pour un tout membre qui fait partie de plusieurs de ces sociétés. Si l'on veut avoir une idée exacte du nombre de cas d'une maladie chronique soignée dans les hôpitaux d'une ville, il faut prendre garde qu'un même malade, se présentant successivement dans plusieurs hôpitaux, ne soit pas compté plusieurs fois. Les erreurs que l'on peut commettre en oubliant ces précautions ne sont pas à négliger ; pour nous borner au premier cas, supposons qu'on ait trouvé que sur un groupe de personnes âgées de 30 à 35 ans, 6 décès se sont produits pendant une année ; le nombre 6 est bien exact si chaque individu décédé n'a été compté qu'une fois ; mais si l'un des décédés faisait partie de deux sociétés, le nombre exact est 5 et le nombre apparent est de 16,66 °/₀ trop élevé ; il le serait de 33,33 °/₀ si un individu décédé s'était trouvé faire partie de trois des sociétés, et être compté trois fois, etc. D'une manière générale, on peut dire qu'une statistique doit ne contenir ni répétition, ni omission.

Si l'on suppose maintenant différentes statistiques établies dans ces conditions et présentant entre elles certains rapports, l'idée viendra naturellement d'en tirer des conclusions. Ici les difficultés abondent, quoique dans la pratique on n'en tienne bien souvent aucun compte.

Pour comparer des statistiques, il faut *qu'elles soient comparables*, voilà ce que l'on oublie à chaque instant ; et c'est à cet oubli que l'on doit de multiples erreurs, commises de bonne ou de mauvaise foi. C'est ainsi que des mêmes statistiques on tire des arguments pour ou contre le rachat des chemins de fer, pour ou contre la réglementation du nombre d'heures de travail dans l'industrie ; c'est ainsi que quelqu'un a pu définir la statistique « l'art de faire dire aux chiffres ce que l'on veut » : or la vérité est une, elle n'a pas double face, ni les chiffres non plus. Seul le raisonnement peut être faux. Je n'en prendrai qu'un exemple. Tout le monde est tenté de dire qu'un pays qui importe plus qu'il n'exporte s'appauvrit, et si l'on voit *deux* statistiques, l'une disant qu'un pays a importé pour 4 milliards et l'autre qu'il a exporté pour 3 milliards 700 millions, on est porté à dire que ce pays s'est appauvri de 300 millions. Est-ce exact ? Probablement non, d'abord parce que les évaluations des marchandises importées ou exportées sont faites par les douanes à des prix qui diffèrent en général des prix de vente, dans des proportions absolument variables ; ensuite parce que les voyageurs qui se déplacent d'un pays

les *savants*, de profession, ne désirant pas se consacrer à la clientèle et voulant vivre modestement de recherches de laboratoire, d'explorations scientifiques, de vulgarisation médicale, etc., etc.

Si nous désirons progresser, ce sont ces tendances qu'il faut encourager, car elles seules sont logiques. A continuer de vouloir ainsi tout mélanger, au moins au début des études, comme on l'a fait longtemps, on risque de tout compromettre. Nous ne cesserons jamais de le proclamer, même dans le désert, que crée de toutes pièces autour des journalistes ardents, la soutenance de thèses aussi révolutionnaires !

(*Gazette médicale de Paris.*) Marcel BAUDOUIN.

Autres réformes de l'enseignement médical.

Mon cher Jeanne,

Permettez-moi d'ajouter quelques réflexions aux consultations fort intéressantes qui vous ont été envoyées au sujet des projets de réorganisation de l'Enseignement médical. J'approuve, sans réserve, ce qu'avait écrit votre dernier correspondant, très informé, sans nul doute, de ce qui se passe dans le milieu examinateur et enseignant, avant de signer : *qui veut la fin cherche les moyens*.

Mais je crois en outre que, pour faire des médecins capables de pratiquer sans dommage pour le public, il faut :

A. Plus de temps que la loi n'en exige.

B. Plus de professeurs que ceux dont l'Etat dispose (à Paris du moins) ;

C. Des professeurs animés d'un autre idéal d'enseignement et par suite mettant en œuvre d'autres méthodes.

A. Il est surprenant que, lorsqu'on a révisé la loi sur l'exercice de la médecine, aucun législateur n'ait fait observer que, les connaissances médicales ayant augmenté depuis un siècle d'une façon extraordinaire, il devait être impossible aux étudiants actuels, à les supposer même plus laborieux et plus intelligents que leurs pères et leurs grands-pères, d'apprendre dans un même nombre d'années tout ce que leurs devanciers avaient dû savoir, et, en outre, toutes les colossales acquisitions dont s'est enrichie la médecine au cours du siècle dernier.

Quand je me souviens du peu que je savais après cinq ans d'études, je me demande quel praticien j'aurais fait si j'avais dû exercer mon métier à cette époque. J'avais fait mon stage réglementaire à Paris ; j'avais même eu l'avantage, — je n'ose dire la bonne fortune, puisqu'elle découlait des calamités publiques,— de commencer mes études pendant la guerre, dans une école de médecine navale transformée par la force des choses en hôpital militaire d'évacuation, où j'avais vu beaucoup et mis « la main à la pâte » ; j'ai subi mes examens de doctorat vaille que vaille et j'allais passer ma thèse comme tant d'autres après le temps officiel d'études, quand mes yeux se sont ouverts sur la faiblesse de mon instruction pratique, sinon théorique (car j'avais naïvement suivi et rédigé la plupart des cours de la faculté). Des circonstances favorables m'ayant permis de reculer l'époque de mon début comme praticien, j'ai recommencé mes étu-

---

dans un autre peuvent y apporter plus ou moins d'argent ; enfin parce que les opérations de Bourse, par exemple, d'une place sur une autre, donnent lieu à des mouvements d'argent qui ne sont pas compris dans la statistique.

Dans cet exemple, d'où vient l'erreur commune ? De ce fait qu'ayant devant soi deux nombres, on leur fait dire autre chose que ce qu'ils signifient. On assimile un chiffre représentant la valeur des marchandises sorties d'un pays d'après la douane, au montant des sommes d'argent venues de l'étranger dans ce pays, et inversement pour le montant des importations.

Les deux assimilations sont fausses. On pourrait multiplier les exemples, mais nous allons tout à l'heure en trouver un autre rentrant mieux dans le cadre de notre sujet. D'ailleurs, mises ici pour montrer la complexité cachée des questions de statistique, ces généralités ont déjà tenu trop de place.

Les statistiques de mortalité sont certainement des plus intéressantes ; c'est sur elles que reposent exclusivement les opérations d'assurances sur la vie et de retraites ; elles sont un élément important des calculs d'assurance en cas de maladie et en cas d'accidents. Spécialisées à chaque profession et comparées ensuite entre elles, elles permettent d'établir les calculs pour les institutions de prévoyance propres à chaque profession, et d'étudier l'influence de la profession sur la mortalité. La question de la mortalité par professions était au programme du Congrès international des actuaires, qui s'est tenu à Paris en 1900, et nous verrons dans un prochain article quels renseignements y ont été fournis sur la mortalité du corps médical ; mais dès à présent, nous pouvons dire que cette question n'a pas fait en France l'objet d'une étude complète. Voyons *comment cette étude doit être faite* et en passant nous verrons aussi comment *il ne faut pas la faire*.

Une statistique de mortalité doit aboutir à une table de survie, ou à une table de taux de mortalité. Une table de survie suppose que l'on considère un certain nombre de personnes à un âge initial, par exemple 100.000 personnes à l'âge de trois ans, et elle indique, en regard de chaque âge, combien, sur les personnes considérées, seront vivantes à cet âge. La table de mortalité de la Caisse nationale des retraites, par exemple, indique les nombres suivants en regard des âges correspondants.

AGES	NOMBRE DES VIVANTS
3	100.000
4	99.285
35	82.701
36	82.081
50	71.629
51	70.618

Elle signifie que si l'on considère 100.000 enfants de 3 ans, il y a

99.285	qui atteindront	l'âge	de	4 ans
82.701	»	»	»	35 »
82.081	»	»	»	36 »
71.629	»	»	»	50 »
70.618	»	»	»	51 »

Elle signifie encore que si l'on considère 82.701 personnes vivantes à 35 ans, il y en aura 71.629 qui seront encore vivantes à 50 ans, ou si l'on veut, que, sur 1.000 personnes âgées de 35 ans, il y en aura :

$\frac{82.081}{82.701} \times 1000 = 993$ qui atteindront 36 ans

$\frac{71.629}{82.701} \times 1000 = 868$ » » 50

$\frac{70.618}{82.701} \times 1000 = 854$ » » 51 »

des en me faisant recevoir externe, puis interne ; et c'est seulement pendant ces sept nouvelles années passées autour des lits de huit hôpitaux différents dont quatre spéciaux (Salpêtrière, Enfants, Saint-Louis, Maternité) que j'ai eu conscience d'avoir vraiment appris mon métier.

Et quand je compare ce que je savais alors avec le peu de fruits retiré de mes premières cinq années d'enseignement à peu près exclusivement théorique— (car dans les services de clinique où la faculté entasse ses stagiaires, ceux-ci ne peuvent guère s'initier assez intimement à la pratique, à moins d'une ardeur exceptionnelle ou d'une aide très bienveillante de la part des externes, des internes et du chef de service) —, je me dis que ce n'est pas la Faculté de Médecine qui crée des médecins (à Paris du moins), mais le corps médical, chirurgical et obstétrical des hôpitaux, dont font partie d'ailleurs presque tous les professeurs de la Faculté, à l'exception de ceux d'anatomie, physiologie et sciences auxiliaires. Je m'excuse d'avoir cité mon propre cas, parce qu'il doit être assez exceptionnel et qu'il m'a permis de comparer d'une part le peu que donne l'enseignement officiel réduit à ses seules ressources (stage de deux ans et cours théoriques à l'école) et de l'autre l'abondante moisson de pratique que peut donner la fréquentation prolongée des hôpitaux.

Je conclus donc d'abord que, pour faire un praticien de force moyenne, il faut non pas cinq ans, mais sept ans (bien employés), et il est indispensable que les pères de famille le sachent.

Je conclus ensuite qu'il est indispensable que tous les étudiants soient astreints à fréquenter l'hôpital pendant toute la durée de leurs études, qu'il faut les faire passer successivement dans les hôpitaux de spécialités, qu'ils doivent être répartis dans tous les hôpitaux et non parqués dans quelques-uns sous le prétexte que ceux-ci sont seuls assez proches du quartier latin.

B. J'ai dit que l'Etat ne disposait pas d'un corps enseignant assez nombreux, parce que le fond de la pratique, c'est la clinique (y compris la thérapeutique) et la clinique ne peut être enseignée par chaque maître qu'à un petit nombre d'élèves, si on veut que chacun d'eux subisse l'action effective du maître.

Vingt élèves, c'est tout ce que peut instruire pratiquement en même temps un chef de service, et, s'il s'acquitte de cette tâche avec conviction, en six mois il leur aura appris ce qu'il sait le mieux.

Ce qu'il ne sait qu'imparfaitement ou ce qu'il ignore, ce lot d'élèves doit aller l'apprendre dans un autre service.

On ne formera donc, je le crois, réellement, à Paris, des praticiens en nombre suffisant que lorsqu'on aura utilisé pour l'enseignement tout le corps hospitalier.

C. Enfin je dis que les professeurs doivent avoir en vue un autre idéal d'enseignement que celui qui anime la plupart d'entre eux actuellement. Je m'explique.

Le malheur pour les étudiants et pour le public est que la Faculté de médecine est à la fois un Conservatoire ou un Muséum des sciences médicales, en même temps qu'une Ecole pratique d'enseignement technique.

Or, il est impossible que ce soient les mêmes

Une table de taux de mortalité indique par quel taux il faut multiplier le nombre que l'on considère de personnes d'un même âge pour trouver combien de ces personnes décèderont dans l'année. Par exemple, la table des taux de mortalité de la Caisse nationale des retraites donne, en regard de l'âge 35, le taux 0,00750 ; cela signifie que si l'on veut savoir combien, sur 1.000 personnes actuellement âgées de 35 ans, il en décèdera dans l'année, on doit multiplier 1.000 par 0,00750, ce qui donne 7 ; si au lieu de 1.000 personnes âgées de 35 ans, on en considère 82701 on aura dans l'année 82.701 $\times$ 0,00750 = 620 décès, et par suite, à l'âge 36, il survivra 82701 — 620 = 82081 ce qui est bien le nombre indiqué plus haut en regard de l'âge 36 dans la table de survie.

Le petit calcul que nous venons de faire nous montre comment nous pouvons, de la table des taux de mortalité, passer à la table de survie. Inversement, si du nombre des vivants à 35 ans, soit 82701, nous retranchons le nombre des vivants à 36 ans, soit 82081, nous obtenons 620, nombre des décès de 35 à 36 ans ; en divisant 620 par le nombre des vivants à 35 ans, soit 82701, nous trouvons 0,00750, ce qui est le taux de mortalité correspondant à l'âge 35. Nous savons donc passer de la table de survie à la table des taux de mortalité.

A ces deux formes de la loi de mortalité, correspondent deux méthodes par lesquelles on pourrait arriver à établir d'une façon sérieuse la loi de mortalité du corps médical français.

Supposons que nous connaissions le nombre des diplômes de doctorat délivrés en 1877 par exemple, et que nous arrivions à savoir par un moyen quelconque combien de ces docteurs sont encore vivants en 1902 ; soit 485 le premier nombre, 317 le second : nous pouvons admettre que le diplôme de docteur est conféré en moyenne à 26 ans, et que, par suite, les docteurs reçus en 1877 ont 51 ans en 1902 ; donc sur 485 médecins vivants à 26 ans, il en reste 317 à 51 ans (1) ; sur 10.000 médecins considérés à 26 ans il en resterait $\frac{317}{485} \times 10.000 = 6.535$ à 51 ans.

Le même raisonnement, appliqué à toutes les promotions, nous donnerait les nombres correspondants pour tous les âges, et nous aurions une table de survie. Je me hâte d'ajouter que cette table serait singulièrement cahotée et heurtée, à cause du petit nombre des observations, si on employait ce procédé simpliste ; mais en tout cas le principe serait exact et un actuaire, par des modes de correction appropriés, pourrait dresser la table.

Cette méthode exige que nous connaissions deux statistiques ; d'abord celle du nombre des diplômes de docteur conférés chaque année par les facultés, ensuite celle du nombre des survivants parmi tous ces docteurs, classés par année de diplôme. La première statistique a été établie par les soins de M. le Docteur Brouardel, Président de l'Association générale. La seconde est bien plus difficile à obtenir ; le procédé essayé par M. le docteur Brouardel, qui a classé par date du diplôme les médecins dont il a pu trouver les noms dans les annuaires ou dans les préfectures, ne serait exact que 1° si les annuaires étaient complets ; 2° si tous ceux qui ont acquis le diplôme de docteur avaient continué à exercer la médecine ; ces deux conditions ne sont rien moins que remplies et actuellement, malgré les efforts louables accomplis, la question de l'établissement de la seconde statistique reste ouverte.

Un autre procédé consisterait à classer par âges les membres des sociétés médicales, ou des principales de ces sociétés, et à noter leurs décès au fur et à mesure qu'ils se produiraient ; l'observation serait prolongée pendant un certain nombre d'années, cinq par exemple (délai trop court pour obtenir une

(1) Les chiffres de 485 et 317 sont mis ici à titre d'exemple et n'ont aucune valeur réelle.

hommes qui aient la prétention de faire progresser la science, d'exposer dogmatiquement le résultat de leurs recherches, de fabriquer des praticiens et de faire passer les examens—, sans compter le souci, pour la plupart, d'exercer eux-mêmes la profession avec activité. C'est comme si les mêmes hommes pouvaient être, dans un autre ordre d'idées, professeurs de lycées, professeurs à la Sorbonne, examinateurs, et en même temps courir le cachet ; ou bien comme si d'autres pouvaient à la fois être avoués et professeurs à l'Ecole de Droit !

Si le public et les législateurs réfléchissaient sérieusement à cette invraisemblable situation du corps enseignant de la Faculté de médecine, cette institution aurait vécu sous sa forme actuelle et ne tarderait pas à être remplacée par deux autres au moins : 1° un corps de savants purs voués aux recherches dans les laboratoires et certains services de clinique.

2° Un corps enseignant fonctionnant dans les hôpitaux presque exclusivement.

3° Peut-être un corps examinant indépendant des précédents, et duquel on exigerait une sévérité suffisante et un souci de s'assurer, par la multiplicité des épreuves et le caractère pratique des questions posées, si les candidats sont vraiment dignes d'obtenir *licentiam.... occidendi impune per urbem et orbem.*

Ai-je dit la vérité, cher ami ?

Bien à vous,

P. Le Gendre.

Réponse. — Oui, oui, et nous vous en remercions, car de ces choses vous avez toute expérience étant de ceux que notre ami Roy avait certainement en vue quand il parlait des services où l'on instruit les étudiants.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le congrès de Berlin.

La semaine dernière s'est tenu à Berlin un nouveau congrès pour l'étude des moyens prophylactiques à opposer à la tuberculose. MM. *Brouardel*, *Koch*, *Köhler*, *Nocard*, *Arloing*, etc., ont pris successivement la parole pour discuter la valeur des arguments émis récemment au sujet de la dualité ou de l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine. En réalité, rien ne prouve que ces tuberculoses soient différentes, rien ne permet d'accuser formellement la viande de veau ou de bœuf et le lait des vaches tuberculeuses ; rien ne permet de les croire inoffensives. M. Koch prétend qu'il est illusoire de prendre des précautions contre des causes pathologiques non prouvées scientifiquement ; mais, M. Köhler a bien rétabli les choses à leur véritable point, en affirmant que, dans le doute, on devait maintenir ces précautions. D'ailleurs, une commission internationale a été chargée de se tenir en permanence pour enregistrer les faits vraiment probants en faveur de la contagion de la tuberculose bovine à l'homme ou contre cette contagion.

---

bonne table, mais dont je me sers ici pour simplifier). On trouverait ainsi, je suppose, que :

La 1re année	sur	247	médecins	de 35 à 36 ans il en meurt	2
2e	—	229	—	—	1
3e	—	253	—	—	3
4e	—	219	—	—	1
5e	—	235	—	—	4

et nous en conclurions que sur 1.183 médecins observés à l'age de 35 ans, il en est mort 11 avant 36 ans, autrement dit que le taux annuel de mortalité à 35 ans est $\frac{11}{1183} = 0,00928$. Naturellement, le système sommaire indiqué ici donnerait encore des résultats peu concordants entre eux et qui auraient besoin d'être ajustés par un actuaire, mais le principe serait exact.

Des deux procédés généraux indiqués, chacun a ses avantages et ses inconvénients. Le premier est plus difficile à réaliser, mais il serait plus rapide, si on pouvait l'employer. Le second observe particulièrement les médecins affiliés aux sociétés de prévoyance ; il ne pourrait donner de résultats avant plusieurs années, mais par contre il suffirait de continuer à tenir à jour les registres pour que la statisque se perfectionnât d'elle-même petit à petit.

Y a-t-il d'autres moyens d'aboutir ? Aucun à ma connaissance.

Maintenant que nous avons vu comment on pourrait faire, prenons un exemple qui nous montrera comment il ne faut pas faire.

Dans l'annuaire de 1902 de l'Association générale, se trouve un travail intéressant de l'éminent et très dévoué secrétaire général de cette association, M. le Dr Lereboullet, qui a demandé aux membres de cette société leur âge au 31 mars 1901. 5480 réponses lui sont parvenues, et leur répartition par âge donne les résultats suivants :

458	avaient	moins de	30 ans.
1405	—	de	30 à 40
1605	—	—	40 à 50
1115	—	—	50 à 60
579	—	—	60 à 70
318	—	plus de	70 ans ;

ce qui donne une proportion pour cent de :

8,3	ayant	moins de	30 ans.
25,6	ayant	de	30 à 40
29,3	—	—	40 à 50
20,4	—	—	50 à 60
10,6	—	—	60 à 70
5,8	au-dessus	de	70 ans.

M. le Dr Lereboullet a présenté sa statistique, intéressante en elle-même, comme une répartition par âge des médecins vivants qui avaient répondu à sa question, et rien de plus. Mais un autre médecin, dans un rapport qui a fait quelque bruit, est parti de là pour critiquer violemment le tarif de la Caisse de retraites du Corps médical français, qu'il trouve trop élevé. Or, le point de départ de son raisonnement est le suivant : de ce que dans la répartition par âges ci-dessus, on trouve en regard des âges 60 à 70, l'indication 10.6 %, il en conclut que sur 1000 médecins pris à un âge quelconque, 106 seulement arriveront à l'âge de 60 ans ; mais alors, pour être logique, il faudrait aussi dire que 204 seulement arriveront à 50 ans, et que 83 seulement sur 1000 arriveront aux âges de 0 à 30 ans, autrement dit que sur 1000 médecins 83 seulement sont nés ! D'où viennent les autres ? Le rapport de l'honorable docteur est muet sur ce point. Il est ainsi jugé sans plus ample discussion.

(*A suivre.*) E. Fleury.

Ancien élève de l'Ecole polytechnique, Membre de l'Institut des Actuaires français.

Traitement de la séborrhée du cuir chevelu.

Dans un intéressant article du *Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, M. le Dr *Brocq* indique la meilleure méthode de traitement à opposer à la séborrhée du cuir chevelu. Il insiste, d'abord, sur ce fait que les cheveux présentent une véritable mue physiologique et qu'ils tombent régulièrement en plus grande abondance vers les mois de mai et septembre, pour repousser dans les intervalles. Aussi une médication qui paraît réussir à certains moments, quand elle coïncide avec la repousse, pourra paraître sans effet, quand on la donne au moment de la chute périodique.

D'une façon générale, il est nécessaire de graisser les cheveux comme on le faisait autrefois, d'autant plus qu'avec l'habitude des lavages répétés qui s'est introduite, ils sont presque toujours secs et cassent avec la plus grande facilité. Lorsqu'on les lave pour combattre la séborrhée du cuir chevelu, on les sèche toujours trop, et, après avoir dégraissé la peau, il serait nécessaire de restituer aux cheveux une partie de la graisse qu'on a enlevée ; mais les malades apprécient peu le graissage des cheveux qui ne favorise pas les coiffures actuelles.

Pour le traitement de la séborrhée, on peut tous les soirs, et dès qu'il n'y a plus de pellicules deux fois par semaine seulement, étendre sur le cuir chevelu un peu de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au moyen d'une allumette recouverte d'ouate hydrophile ; après quoi, on enlève l'excès de pommade avec un peu d'ouate sèche.

Oxyde jaune d'hydrargyre.....	0.75 centig.
Vaseline pure.................	20 grammes.

Tous les matins, on fera une friction avec de l'ouate hydrophile imbibée de coaltar saponiné étendu de six fois son volume d'eau.

On peut encore utiliser dans le même but la solution :

Polysulfure de potassium liq.	20 à 100 gouttes.
Eau chaude.................	1/4 de verre.

Cette substance a l'inconvénient de foncer la couleur des cheveux. On peut y remédier en passant de temps en temps sur les cheveux un mélange d'eau sédative coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau, ce qui leur donne un reflet blond.

Enfin, pour remédier à la sécheresse des cheveux, il faut les humecter souvent avec la préparation suivante :

Huile de ricin..............		38 grammes.
Teinture de jaborandi...........	ââ	8 —
Teinture de quinine.............	ââ	8 —
Teinture de romarin.............	ââ	8 —

L'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie.

Il y a trois ans, M. le Dr E. Riegler, professeur à la Faculté de médecine de Jassy, a préconisé contre la diphtérie des pulvérisations d'eau oxygénée associées à des insufflations d'acide iodique. D'après un médecin militaire russe, M. le Dr Novikov (*Revue de médecine et de chirurgie pratiques*, le peroxyde d'hydrogène, employé à l'exclusion de toute autre médication, donnerait, dans les cas de diphtérie, des résultats tout aussi encourageants que la sérothérapie, en ce qui concerne du moins le nombre des guérisons. Les fausses membranes se détacheraient, il est vrai, moins rapidement que sous l'influence des injections de sérum antidiphtérique, mais, en revanche, l'action dépressive de la toxine diphtérique se trouverait, dans une certaine mesure, paralysée par l'eau oxygénée, qui favorise les oxydations,

M. Novikov recommande habituellement aux malades de se gargariser, nuit et jour, avec du peroxyde d'hydrogène à 3 p. 100 étendu d'eau (2 ou 3 cuillerées à bouche pour un verre d'eau). Dans les cas où il s'agit de tout petits enfants qui ne savent pas se gargariser, M. Novikov prescrit de l'eau oxygénée à l'intérieur, en formulant ainsi qu'il suit :

Peroxyde d'hydrogène....	5 à 7 grammes.
Eau distillée...............	86 —
Sirop simple..............	15 —

Afin d'activer le décollement des pseudo-membranes, il est bon de pratiquer, deux ou trois fois par jour, des badigeonnages de la gorge avec de l'eau oxygénée à 3 p. 100. Ces applications, qui ne sont point douloureuses, ne doivent pas cependant être répétées trop souvent, car elles pourraient déterminer, à la longue, de l'œdème du voile du palais.

Ajoutons que les gargarismes à l'eau oxygénée ont aussi donné, entre les mains de M. Novikov, d'excellents résultats contre les angines non diphtériques et dans diverses stomatites surtout d'origine mercurielle.

La levure de bière contre le diabète.

M. le Dr *Vandamme*, de Bruxelles, a dernièrement étudié l'action de la levure de bière sur le diabète et voici les résultats de ses expériences :

Il a administré à ses malades, au moment des repas, 3 cuillerées à café de levure fraîche du commerce.

Les urines de vingt-quatre heures étaient recueillies et le dosage fait par la liqueur de Fehling ou le polarimètre. Afin de se rendre compte de ce que pouvait donner la levure, les dosages ont été faits : 1° avant toute intervention thérapeutique, diététique ou médicamenteuse ; 2° après régime très strict se composant de viandes, graisses, poissons ; légumes verts : chicorées, endives, laitues ; comme boissons : eau, thé ou café léger sans lait, ni sucre ; 3° après régime très strict, le malade prenant en même temps la levure ; 4° après régime ordinaire et levure.

Si on récapitule brièvement les résultats obtenus, on trouve qu'il y a lieu d'admettre, en tenant compte des chiffres obtenus pour les analyses ci-dessus, que dans la plupart des cas la levure a une action très manifeste sur la glycosurie alimentaire. Sur les 10 cas qui ont fait l'objet de ces recherches, il y en a 5 chez lesquels la diminution est très nette. La disparition totale du sucre n'a été observée qu'une fois. La quantité était très minime et il s'agissait d'un homme se livrant à des excès de boisson, sur-

tout de bière fortement sucrée. Le même résultat aurait été obtenu rien qu'en supprimant la bière de son régime. Il en est de même pour un autre malade qui se livrait également à des excès de bière et chez lequel, sous l'influence du régime strict, la quantité de sucre tombe presque à zéro.

La levure de bière ne doit donc pas être considérée comme un agent capable de guérir le diabète sucré. Dans certains cas, elle a une action manifeste sur la glycosurie alimentaire qu'elle ne parvient cependant pas à enrayer totalement.

Il est constant que chez les diabétiques assez avancés, lorsque le régime comporte une grande quantité de matières amylacées, la levure est impuissante à empêcher l'introduction d'une certaine quantité de sucre dans l'économie, même en dehors de celui d'origine albuminoïde. Le fait n'est pas étonnant si l'on considère que la fécule subit un dédoublement assez lent dans le tube digestif. Peut-être même n'est-elle pas tout entière absorbée comme sucre, mais comme amidon soluble, inattaquable par le ferment de la levure. Il faut tenir compte de cet élément et ne pas considérer l'ingestion d'une quantité de fécule trop abondante comme capable d'être neutralisée par l'administration de la levure de bière.

Quoi qu'il en soit, la médication n'est pas à négliger, car elle permet de donner aux diabétiques une certaine quantité de féculents, et notamment de pain. Or, chacun sait combien est pénible la privation de cet aliment. L'administration du médicament paraît d'une innocuité absolue. Plusieurs de ces malades ont pris de la levure pendant un an sans éprouver aucun malaise. Souvent la soif a été diminuée.

En somme, ces faits semblent indiquer, en se basant sur toute une série d'observations nouvelles, que la levure peut être utile aux diabétiques en détruisant une partie de leur sucre qui ne risque plus alors de se transformer en produits toxiques capables d'empoisonner le malade, mais se change en alcool qui, à ces petites doses, ne peut nuire en rien au malade.

Traitement du tétanos.

M. le Dr *Vallas*, de Lyon, publie dans le *Gazette Hebdomadaire*, un résumé fort complet du rapport présenté au Congrès de chirurgie sur le traitement du tétanos.

Nous retiendrons surtout ses conclusions:

Un fait se dégage, indubitable : c'est la prévention possible de la redoutable complication. La sérothérapie préventive possède une action certaine, et si elle était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en reste pas moins acquis que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou de débris étrangers. L'abstention en pareil cas est une faute, et tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître aussi vite que possible les blessures tétanigènes.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés.

Cependant la sérothérapie constitue encore à ce moment notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente et apporter ainsi un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison. La voie d'introduction du sérum sera l'injection sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intra-veineuse. Les voies cérébrales et sous-arachnoïdiennes sont à rejeter comme inutiles et dangereuses.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications symptomatiques destinées à agir sur la contracture. Elles ne doivent être considérées que comme des méthodes auxiliaires. Il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois, la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de former un jugement sur les autres méthodes proposées : mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie.

Le sérum antidiphtérique.

MM. *Josias* et *Tollemer* ont communiqué à l'Académie les résultats de leur pratique à l'hôpital Bretonneau pour 1901-1902.

Sur 709 diphtéries cliniquement diagnostiquées, 580 seulement étaient des diphtéries avec bacilles de Klebs-Lœffler. Les 129 autres étaient des angines (à streptocoques principalement): spasmes de la glotte, laryngites, abcès rétro-pharyngiens, broncho-pneumonies ; tous ont reçu des injections sous-cutanées de 10 à 20 cc. de sérum de Roux et n'en n'ont éprouvé aucun inconvénient.

En outre, on a reçu : 414 douteux, sur lesquels 107 fois le bacille diphtérique a été trouvé dans la gorge ; 7 diphtéries venues du service de chirurgie et 5 provenant de services de médecine.

3 externes et 2 filles de service ont présenté de la diphtérie clinique, bactériologiquement confirmée.

Le nombre des décès a été de 58 dont 29 dus à la broncho-pneumonie. Cette affection étant essentiellement contagieuse, il s'en suit qu'on doit isoler ces malades.

La mortalité diphtérique a été diminuée dans la proportion que l'on sait, grâce à la sérothérapie antidiphthérique ; mais on peut encore améliorer les résultats déjà obtenus.

« Si nous étudions l'action du sérum aux diverses périodes de la diphtérie, nous voyons que son action bienfaisante est d'autant plus prompte, et que le petit malade a d'autant plus de chances de guérir et d'éviter les complications, que l'injection a été faite plus près du début de la maladie. En effet, le sérum neutralise la toxine, arrête l'extension des fausses membranes,

fait cesser l'empoisonnement et sa cause, mais il est sans action sur les lésions déjà produites du côté du sang, du système nerveux, du myocarde, des divers viscères, lésions dont l'intensité aura la plus grande influence sur le résultat final. Nous n'avons donc à l'heure actuelle qu'une chance d'améliorer nos statistiques : c'est d'injecter le sérum le plus près possible du début de la maladie.

A l'hôpital, le sérum est injecté dès l'arrivée du malade.

En ville, le sérum est souvent injecté trop tard : 33 de nos petits malades seulement, soit 5, 6 p. 100 avaient reçu en ville, avant leur entrée à l'hôpital, une injection de sérum de Roux, la plupart du temps insuffisante. Cela nous semble tenir surtout à ce que l'examen de la gorge n'est pas toujours systématiquement pratiqué chez l'enfant malade, et aussi, dans une proportion plus grande qu'on ne voudrait le croire, au fait qu'un certain nombre de médecins émettent encore, à l'heure actuelle, des doutes sur l'innocuité et même l'efficacité du sérum antidiphtérique. Nous dirions volontiers que ceux-là pêchent par ignorance ou par amour de la singularisation qu'ils suivent pendant quelques jours un service de diphtérie, qu'ils observent les faits, et ils seront convaincus.

Toutes les fois qu'en ville un médecin voit une angine diphtérique ou simplement suspecte de diphtérie, il doit, sans plus tarder, pratiquer l'injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique ; il doit le faire avant d'envoyer les fausses membranes au laboratoire, avant donc d'avoir le résultat de la culture. Il ne faut pas oublier que s'il s'agit de diphtérie, ajourner l'injection de vingt-quatre heures, c'est compromettre la vie de l'enfant ; tandis que, si l'angine n'est pas diphtérique, l'injection du sérum est tout à fait inoffensive. Il faut dire bien haut qu'il y a là une question de conscience en quelque sorte et que, dans le doute, le médecin n'a pas le droit de s'abstenir. C'est son devoir étroit de pratiquer l'injection sans tarder. Disons, en terminant, qu'on ne saurait trop insister sur l'*efficacité toujours réelle, toujours la même du sérum de Roux et sur l'innocuité absolue de son injection* dans quelques conditions que ce soit. Pour notre part, nous sommes convaincus de la nécessité de faire des injections préventives à tout enfant suspect, c'est-à-dire à tout enfant qui a été momentanément en contact avec un diphtérique, et au besoin de répéter ces injections chez le même sujet.

LARYNGOLOGIE

Diagnostic de la dyspnée laryngée.

La dyspnée, phénomène morbide banal, n'est, dans la majorité des circonstances, qu'un simple trouble fonctionnel dont l'intérêt varie suivant son acuité et surtout suivant son origine. Quelquefois, il est vrai, ce symptôme s'élève au niveau d'une véritable maladie, son rôle pathologique devient prédominant et la lésion causale s'efface devant lui, du moins momentanément. La dyspnée laryngée rentre précisément dans ce groupe clinique : elle constitue, en effet, par elle-même, une affection spéciale, offrant une étiologie, une symptomatologie et un traitement particuliers. A ce titre, elle mérite une description à part dans la nosologie médicale. Elle est importante à bien connaître : par son aspect terrifiant, la rapidité de son invasion et ses caractères dramatiques, elle affole l'entourage ; par sa gravité immédiate, elle nécessite un traitement d'urgence, la vie du malade étant souvent alors sous la dépendance d'un diagnostic précis et d'une intervention hâtive appropriée.

La dyspnée laryngée, c'est l'insuffisance respiratoire, la suffocation due à un obstacle au passage de l'air dans le larynx. Cet organe a, physiologiquement, une fonction double : grâce à la mobilité des deux cordes vocales, il permet à la fois la phonation et la respiration, tout en protégeant les voies aériennes contre les corps étrangers extérieurs. Pendant l'inspiration, les deux cordes vocales s'écartent, se placent en abduction, laissant entre elles un espace triangulaire (glotte ou espace glottique) que l'air traverse librement pour pénétrer dans les bronches, jusqu'aux alvéoles pulmonaires. L'espace glottique mis à part, le larynx et la trachée (1) constituent un long tube dont le calibre, variable avec l'âge, est régulier et dont les parois n'offrent pas de rétrécissement digne d'être noté.

Eh bien ! dans la dyspnée laryngienne, les organes respiratoires intra-thoraciques, poumons, bronchioles, et bronches sont sains ; seul, le conduit laryngo-trachéal offre en un point de sa longueur une sténose, un rétrécissement plus ou moins considérable qui empêche l'accès de l'air. Le patient, malgré les efforts de ses muscles inspiratoires, s'asphyxie ; sa poitrine ne se remplit pas.

Il existe deux variétés distinctes de dyspnée laryngée : l'une d'ordre mécanique, l'autre d'ordre spasmodique. La première tient à un obstacle mécanique à la circulation de l'air (fausses membranes diphtériques, œdèmes et infiltrations laryngées tuberculeux ou syphilitiques, tumeurs et néoplasies, corps étrangers). Ces différentes lésions, se développant en général peu à peu, en raison de leur nature, la lumière du canal laryngo-trachéal se trouve ainsi diminuée par degrés. La dyspnée laryngée apparait dès lors, ici, d'une manière lente, progressive, s'aggravant graduellement et par étapes, à mesure que l'affection sténosante s'accroît elle-même. La dyspnée spasmodique, comme son nom l'indique, relève de contractions convulsives des muscles adducteurs des cordes vocales. La glotte, dans ces conditions, se ferme brusquement ; la dyspnée, au lieu d'être lente dans son envahissement, est, au contraire, subite ; elle n'est plus progressive, mais atteint son maximum, quelquefois l'apnée complète, d'emblée. Elle se calme au bout de quelques secondes, de quelques minutes, pour cesser tout à fait ou revenir à des intervalles indéterminés. La dyspnée laryngée mécanique est donc bien différente de la dyspnée laryngée spasmodique, l'une étant lente et progressive, l'autre rapide et à son summum immédiatement.

Je me hâte d'ajouter que ces deux variétés ont un trait d'union, lequel d'ailleurs groupe un grand nombre de cas, peut-être même la majo-

(1) La dyspnée trachéale due à une sténose du conduit trachéal se confond en clinique avec la dyspnée laryngée.

rité. Ce trait d'union est la variété mixte de dyspnée, celle qui tient à la fois à l'obstacle mécanique et aux spasmes. Il est très fréquent, en effet, de voir chez un malade atteint de sténose laryngée mécanique survenir des spasmes glottiques, les deux troubles s'associant et se complétant. Il est, néanmoins, facile, habituellement, de faire la part de l'un et de l'autre.

Comment se présente, en clinique, la dyspnée laryngienne ? Elle est, la plupart du temps, caractéristique, effrayante pour l'entourage, particulièrement pénible pour le patient. Elle constitue souvent un vrai drame pathologique où se joue en quelques heures, parfois en quelques minutes, la vie humaine.

Le médecin est appelé auprès d'un malade, enfant, adolescent ou adulte, qui étouffe. Il est là, couché sur son lit, ou si c'est un enfant, dans les bras d'une mère affolée. La respiration est difficile, l'inspiration bruyante, sifflante, l'expiration plus ou moins gênée. La malade, le facies immobile, les yeux grands ouverts, fait de suprêmes efforts pour que l'air pénètre dans sa poitrine. Sa figure pâle, livide, quelquefois cyanosée, couverte de sueur, exprime l'angoisse la plus vive. Il asphyxie.., puis, après un temps variable, des minutes qui paraissent des heures, la crise, l'accès de suffocation se calme, pour reprendre peu après.

La dyspnée laryngienne présente deux signes particuliers, qui l'accompagnent toujours à des degrés divers d'intensité : le tirage et le stridor inspiratoires. Ces deux symptômes méritent toute l'attention du clinicien, par leur importance et les conséquences pratiques que leur constatation entraîne pour le diagnostic et le traitement.

1° *Le tirage*. Le tirage est le signe pour ainsi dire pathognomonique, le signe par excellence de la dyspnée laryngo-trachéale. Lorsqu'il est net, l'erreur n'est pas possible, car il ne trompe pas. S'il manque, la dyspnée n'est pas d'origine laryngienne quels que puissent être les autres symptômes. De plus, il mesure par son acuité le degré de sténose du conduit laryngo-trachéal. C'est donc un phénomène rigoureusement adapté à la gêne respiratoire d'origine laryngée ; il n'est que la traduction extérieure de celle-ci.

. A chaque inspiration, l'air arrivant au niveau du larynx ne pénètre pas ou pénètre avec grande difficulté au travers de la glotte fermée ou rétrécie. A ce moment tous les muscles respiratoires entrent en jeu pour triompher de l'obstacle. Leurs contractions et leurs efforts, naturellement impuissants contre la sténose en question, ont cependant pour effet de soulever la cage thoracique en entier. Il en résulte un vide intérieur qui attire en dedans toutes les parties dépressibles du thorax, épigastre, espaces inter-costaux, dépression sus-sternale, etc.., d'où le nom de *tirage* et les différentes variétés; les différents sièges de ce phénomène, tirage épigastrique, intercostal, sus-sternal, sus-claviculaire, etc.

L'air inspiré étant insuffisant, le diaphragme ne s'abaisse pas, les contractions de ses piliers deviennent plus énergiques, l'appendice xyphoïde et les dernières côtes sont ainsi violemment attirées en haut. A chaque inspiration, dès lors, l'épigastre et la région abdominale supérieure se creusent, se dépriment, s'enfoncent en haut et en dedans, faisant saillir sous forme d'un V renversé, à sommet supérieur, les parties ostéo-cartilagineuses de la région, l'appendice xyphoïde et les six dernières côtes : c'est le *tirage épigastrique et abdominal*.

Le vide intra-thoracique attire les parties molles des espaces intercostaux. Extérieurement, le squelette de la poitrine devient saillant, la fossette sus-sternale se creuse : *tirage sus-sternal*; les cercles costaux laissent entre eux à chaque mouvement inspiratoire des gouttières plus ou moins profondes : *tirage inter-costal*.

En même temps, l'organisme appelle à son aide tous les muscles susceptibles de l'aider, tous les muscles inspiratoires à un titre quelconque, le grand et le petit pectoral, le trapèze, le grand et le petit dentelé, les scalènes et les sterno-mastoïdiens. Ces derniers surtout se contractent et se tendent violemment, font saillie sous la peau et soulèvent la poitrine. Entre les deux sterno-mastoïdiens droit et gauche, la dépression normale de la base du cou, derrière le manubrium, s'exagère ; c'est le tirage sus-sternal dont j'ai déjà parlé. Entre les sterno-mastoïdiens et les scalènes, les dépressions sus-claviculaires s'accentuent considérablement à chaque inspiration : *tirage sus-claviculaire*.

Tel est le mécanisme du tirage. Il faut faire rentrer dans ce symptôme, également, les particularités liées aux contractions musculaires, dont la principale est le signe du sterno-mastoïdien. Ce signe, décrit par M. Bayeux, consiste dans une tension énergique du muscle, tension rythmique, synchrone à l'inspiration. Il s'apprécie de la manière suivante : on place la main sur le thorax, la paume en contact avec le sternum et l'on pince entre le pouce et l'index soit un seul, soit les deux faisceaux des sterno-cléido-mastoïdiens. Pendant l'inspiration, les deux rubans musculaircs se tendent et écartent les deux doigts qui les serrent ; pendant l'expiration, ils se laissent, au contraire, déprimer et rapprocher, de sorte que le pouce et l'index se trouvent ainsi alternativement écartés et rapprochés par les inspirations et les expirations successives. Je n'insiste pas sur ce signe, intéressant sans doute, mais d'importance pratique non primordiale. Il cède le pas aux grands phénomènes du tirage proprement dit, aux dépressions inspiratoires, épigastrique, intercostale, sus-sternale et claviculaire, qui traduisent l'appel d'air, le vide intra-thoracique et l'obstacle laryngo-trachéal.

2° Le *stridor*. Il consiste en un bruit sibilant spécial, un sifflement prolongé, quelquefois très bruyant, qui se produit à chaque inspiration. Ce symptôme indique une respiration spasmodique; il signifie en général, mais non toujours, une sténose laryngo-trachéale : sa valeur diagnostique est de beaucoup inférieure à celle du tirage. Loin même d'être pathognomonique de la dyspnée laryngée, le stridor est un signe assez souvent trompeur. Il attire l'attention, la captive, et, si on n'y prend garde, on peut se trouver induit en erreur.

Le troisième symptôme de la dyspnée laryngienne est l'asphyxie dont le degré varie, il va sans dire, suivant l'intensité et la durée des troubles respiratoires. Pendant les crises, l'asphyxie devient aiguë, le malade se lève effaré, renverse sa tête et s'appuie partout où il peut pour s'aider à respirer. Le visage pâle exprime l'angoisse, l'inspiration est bruyante, sifflante, difficile

et prolongée, l'expiration est tantôt courte, tantôt longue et laborieuse. Le pouls est plein, énergique, fréquent. L'accès de suffocation passe au bout de quelques minutes et un calme relatif succède à ce tableau.

Puis, lorsque la dyspnée est continue et progressive, l'expiration elle-même devient difficile, le malade lutte moins, ses forces baissent. Son visage livide se couvre de marbrures violacées, le pouls devient précipité, irrégulier, faible, les extrémités, le corps ensuite, se refroidissent : ce sont les phénomènes asphyxiques ultimes.

Diagnostic de la dyspnée laryngée :

La dyspnée laryngée se traduit donc cliniquement par trois symptômes, l'asphyxie, le cornage, le tirage.

L'asphyxie est un trouble morbide commun à de nombreuses affections, qui n'offre rien de particulier à la maladie dont nous parlons.

Le stridor est un indice utile de dyspnée laryngo-trachéale. Il en constitue, pour l'entourage, un des phénomènes les plus saillants. En tous cas, il attire immédiatement l'attention dès que l'on pénètre auprès du patient. C'est un bruit, un sifflement strident qui se produit à chaque inspiration et parfois à l'expiration. Est-il caractéristique de la dyspnée laryngée, c'est-à-dire de l'insuffisance respiratoire due aux sténoses laryngo-trachéales ? Nullement ; le cornage indique uniquement une respiration spasmodique ou difficile, quelle qu'en soit la nature. Il peut être causé par un rétrécissement du conduit laryngo-trachéal, mais il se montre dans bien d'autre cas, coqueluche, asthme, etc.

Le stridor trompe si bien qu'il mène quelquefois, à lui seul, à des interventions sanglantes, à des trachéotomies inutiles. En voici un exemple. Je fus appelé, un jour, auprès d'un malade souffrant depuis déjà plusieurs mois d'un léger enrouement, d'hémoptysies et de phénomènes généraux qui avaient fait penser à une tuberculose pulmonaire débutante, bien qu'une auscultation soigneuse n'ait révélé rien de net du côté des sommets. Le patient avait été pris brusquement dans la nuit de difficulté de la respiration qui avait persisté sans modification jusqu'à mon arrivée. Le tableau clinique était véritablement dramatique. Le malade, assis sur son lit, faisait d'une façon régulière, rythmique, des inspirations d'ordre essentiellement convulsif, accompagnées d'un bruit sifflant, strident, prolongé, assez sec. L'acuité de ces troubles était telle qu'il semblait qu il allait d'un instant à l'autre étouffer, succomber. Ma première impression fut celle d'une violente dyspnée laryngienne éveillant immédiatement l'idée d'une trachéotomie d'urgence. Néanmoins, cela durait depuis cinq heures et je fus bientôt frappé par le peu d'altération des traits et le faible degré de l'asphyxie. Le facies était pâle, fatigué, mais n'exprimait pas l'angoisse profonde de la suffocation. De plus, le pouls n'était pas aussi altéré, les extrémités aussi refroidies qu'elles auraient dû l'être après 5 heures d'une semblable dyspnée. Je mis à nu la poitrine et l'abdomen. A chaque inspiration, le thorax présentait un soubresaut rapide, l'abdomen était soulevé spasmodiquement, les sterno-mastoïdiens se tendaient un peu, mais rien de tout cela ne rappelait le tirage : pas de dépression épigastrique (au contraire), pas de dépression intercostale, ni sus-claviculaire, pas de tirage en un mot.

Le bruit inspiratoire rappelait un fort et puissant hoquet, et en réalité, il s'agissait bien d'un hoquet pathologique, de convulsions du diaphragme. A chaque inspiration, il n'y avait pas vide intra-thoracique, mais entrée trop brusque de l'air par une contraction violente du principal muscle inspirateur, le diaphragme, d'où bruit de stridor. La poitrine ne se remplissait pas lentement, mais brusquement, l'abdomen était non déprimé mais soulevé irrégulièrement.

Nous étions fort embarrassés pour fixer la cause de cet état. S'agissait-il d'une lésion des nerfs phréniques, d'une lésion nerveuse centrale, d'hystérie, etc..? Rien ne permettait d'éclaircir ce point. Un fait restait établi, pas de dyspnée laryngée, pas de trachéotomie.

Malheureusement *le spasme prolongé du diaphragme*, le hoquet pathologique (qui dure avec cette violence des heures et des heures) n'est pas ni bien connu ni même je crois décrit dans les traités de pathologie. Aussi, à mon retour, le soir, je trouvai au chevet du malade un autre confrère décidé à faire pratiquer la trachéotomie. Il avait appelé, pour l'opération, un médecin spécialiste d'enfants. Ce dernier, ne trouvant pas là le tirage et les symptômes habituels de la dyspnée, laryngée refusa à son tour, jusqu'à plus ample informé, de se charger de l'ouverture trachéale. Nous prescrivîmes une médication calmante, injections de morphine et bromure, qui atténuèrent un peu, momentanément, les symptômes.

Ceux-ci reprirent le lendemain, aussi intenses. Dans le courant de la nuit, les parents, découragés, appellent deux confrères en consultation. Ceux-ci portent le diagnostic de dyspnée laryngée, et pressés par l'entourage de soulager le malheureux patient, ils proposent la trachéotomie. L'ouverture de la trachée est faite : l'état persiste, aucun soulagement, le malade meurt peu d'instants après l'opération !

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Elle est d'abord un exemple d'une affection rare ou en tous cas peu connue, *le spasme rythmique prolongé du diaphragme*. Elle montre ensuite avec quel soin il faut examiner les malades dans ces circonstances, même lorsqu'une intervention semble urgente, que le temps presse Elle indique enfin l'importance du tirage comme signe diagnostique de la dyspnée laryngée.

Il est une autre affection, rare également, qui rappelle le cornage de la sténose laryngo-trachéale. C'est la maladie appelée *bruit de stridor congénital*. Il s'agit alors d'enfants de quelques mois ou de quelques années qui, depuis leur naissance en général, font à chaque inspiration un bruit intense, strident, intermédiaire entre le ronflement et la reprise de la coqueluche. Quelquefois le bruit est si intense qu'il s'entend au travers de plusieurs cloisons. Le stridor vrai tient probablement à une structure anormale et passagère du larynx. Il se distingue de la dyspnée laryngée par la durée de l'affection (on peut l'ignorer) et par l'absence de tirage.

Le tirage, tel est le signe caractéristique de la dyspnée laryngée. Il est pathognomonique de cet état morbide et par conséquent mérite une attention supérieure à tous les autres. C'est lui

qui, dans les cas difficiles, servira de guide au médecin.

On ne confondra pas la dyspnée laryngée avec les dyspnées pleurales ou broncho-pulmonaires, avec les dyspnées de la pleurésie, de la pneumonie, de l'asthme, de la névralgie intercostale, des lésions cardiaques, rénales, etc. On ne la confondra pas avec les dyspnées nerveuses ou toxiques, celle de l'urémie par exemple.

La dyspnée laryngée avec ses signes nets, cornage et tirage, semble toujours facile à reconnaître. J'ai montré tout à l'heure que des erreurs sérieuses pouvaient cependant être commises avec le stridor congénital, le spasme rythmique prolongé du diaphragme, etc. Aussi, avant d'intervenir, convient-il d'examiner avec soin le sujet, de rechercher avant tout le tirage et ses différentes modalités, tirage épigastrique, intercostal, sus-sternal, sus-claviculaire.

Deux mots pour terminer sur la distinction clinique entre la dyspnée d'origine mécanique et la dyspnée d'origine spasmodique. Dans la première le cornage et le tirage sont modérés mais continus, souvent progressifs, comme la lésion causale elle-même qui rétrécit peu à peu la lumière laryngée. Dans la seconde, il s'agit de crises de suffocation, le cornage et le tirage sont aigus, ils atteignent d'emblée leur summum, il y a parfois apnée complète, puis le calme renaît au bout de 2,3,5,10 minutes ou plus parfois. Je l'ai déjà dit, les deux variétés sont souvent associées et, la crise spasmodique terminée, la respiration ne reprend pas complètement calme, il reste la dyspnée mécanique.

Dr P. Lacroix

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

L'intervention de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

par le Dr Paul Petit.
Chirurgien de l'Hôpital libre Saint Michel.

L'une des questions posées au IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Rome du 15 au 21 septembre dernier, était ainsi libellée : *Des indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.* Des trois rapports suscités par cette question, ceux de MM. Treub et Léopold me semblent tellement vagues et imprécis qu'il faut s'attacher surtout, je crois, aux opinions émises par M. Tuffier.

Ce chirurgien, après avoir déclaré qu'il entend se cantonner dans l'*infection puerpérale généralisée, reconnaissant pour cause une métrite septique*, énumère les arguments anatomo-pathologiques et cliniques propres à démontrer la légitimité dans l'espèce de l'opération en cause. Les lésions utérines sont souvent telles, nous dit-il, *qu'elles échappent à toute thérapeutique locale autre que l'ablation totale de l'organe* : ainsi en est-il de l'*adhérence exagérée* ou de l'*enchatonnement du placenta* ; de l'*infiltration purulente* de la paroi utérine, de son *infiltration microbienne* sans lésions macroscopiques, de sa *gangrène*. D'autre part, en Allemagne, près de la moitié des parturientes, atteintes de septicémie et traitées par les moyens ordinaires, injections intra-utérines, curettage, etc., succombent ; en France, il en faudrait encore compter 10 p. 100. Les statistiques ne nous permettraient pas encore de dire ; il est vrai, si l'hystérectomie est plus efficace, mais le bon sens nous indiquerait déjà les cas dans lesquels il faut la tenter. Indépendamment de la progression rapide des accidents (malgré l'emploi, entre des mains compétentes, de la méthode actuellement classique), il faudrait encore tenir compte des indications suivantes qui, prises individuellement, pourraient être insuffisantes, mais devraient, par leur groupement, entraîner notre conviction, dans le sens ou non de l'intervention radicale: histoire pathologique de l'infection ; aspect, odeur et quantité de l'écoulement lochial ; examen des plaies de la vulve et du vagin ; examen bactériologique des produits de secrétion ou du raclage de l'utérus ; existence ou non des signes de la rétention placentaire, de l'infiltration purulente ou de la gangrène de la paroi utérine, d'un fibrome ; gravité des symptômes généraux et des localisations secondaires à distance ; examen hématologique.

Ces affirmations méritent d'être discutées à la lumière des documents que nous fournissent les rapporteurs.

Si en France, à l'heure actuelle, 10 p. 100 seulement des parturientes infectées succombent, tandis qu'en Allemagne plus de la moitié d'entre elles subit le même sort, cette comparaison prouve déjà que, chez nous, et par les moyens qui nous sont ordinaires, la septicémie puerpérale n'est déjà pas trop mal soignée. Sur 36 observations d'hystérectomie pour cette cause, on nous avoue 21 cas de mort et 15 guérisons ; cet aveu n'a vraiment rien d'attirant. On objecte, il est vrai, que la statistique eût pu être meilleure, si l'intervention avait été un peu plus hâtive dans quelques cas ; mais, comme le fait remarquer Treub « il est d'autre part bien évident que dans cette statistique, il se trouve des cas dans lesquels on s'est beaucoup empressé d'opérer, et cela non seulement dans les cas de guérison, mais aussi dans les cas de mort. »

Parmi les éléments d'appréciation que nous soumet M. Tuffier, un petit nombre seul doit être retenu.

La *gangrène utérine*, qui se distingue surtout par l'abondance, la coloration brune et l'odeur gangreneuse de l'écoulement, la présence fréquente de gaz dans la cavité de l'organe, l'élimination spontanée de fragments nécrosés, est une modalité, heureusement assez rare, mais très grave, de l'infection puerpérale, qui peut amener la mort par perforation utérine ou infection généralisée. Sur 40 observations de Beckmann de Saint-Pétersbourg, il y aurait eu 11 morts, soit une mortalité de 27,5 %. M. Tuffier ne nous dit pas combien de fois l'hystérectomie a été pratiquée. Mais comme dans ces cas l'utérus est très friable et demeure très volumineux (au bout de trois semaines il peut encore être à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic), il ne peut guère être enlevé que par la voie haute et je laisse à penser, statistique à part, ce qu'on peut attendre dans un cas semblable et sur une femme dont les éléments de résistance sont à coup sûr profondément atteints, d'une opération qui se présente pourtant si avantageusement au nom de l'anatomie pathologique.

Sauf exception négligeable, l'*infiltration puru-*

lente de la paroi utérine, voir même un abcès bien localisé, ne sont pas diagnostiqués. Si au contraire, la rétention placentaire, le fibrome sous-muqueux, doivent souvent l'être, car on ne doit jamais négliger l'exploration intra-utérine préalable, quelles indications tirer de leur coexistence? J'avoue n'avoir jamais rencontré de fragment placentaire en chatonné ou bien adhérent que je n'aie pu enlever....j'admets cependant qu'un fibrome sous-muqueux puisse créer un obstacle insurmontable à cette extirpation, qu'en se laissant gagner par l'infection, il puisse constituer une complication redoutable et inaccessible à la curette, mais en pareil cas, pourquoi ne pas se borner à l'énucléation, pour peu qu'elle soit praticable ?

On ne saurait trop répéter que les écoulements les plus fétides, loin d'être à craindre (à condition d'intervenir bien entendu), sont d'ordinaire l'indice d'une infection qui reste longtemps localisée, d'une infection à saprophytes et s'accompagnant d'ordinaire de rétention placentaire : or, c'est sur ce terrain que le curettage remporte ses plus beaux succès. « Un écoulement utérin purulent et abondant est généralement le signe d'une infection gonococcique, infection qui reste presque toujours localisée à la zone utérine : ici ce sont les grandes injections intra-utérines, fréquemment renouvelées, qui donnent les meilleurs résultats. Une sécrétion utérine rare, accompagnant un ensemble de symptômes généraux graves, est la règle dans l'infection streptococcique. Dans l'infection à saprophytes, les plaies de la vulve et du vagin prennent un vilain aspect terne, les bourgeons charnus sont décolorés, grisâtres. Dans l'infection gonococcique, elles conservent, au contraire, un bon aspect, contrastant avec l'écoulement purulent qui a son origine dans l'utérus. Enfin, dans l'infection streptococcique, la plus grave généralement, les plaies se sèchent assez rapidement, en prenant un mauvais aspect ». M. Tuffier a grandement raison de rappeler tous ces détails qui sont fort intéressants au point de vue du pronostic, au point de vue du choix à faire entre les moyens qui sont actuellement consacrés par l'expérience, ou de la confiance plus ou moins grande que nous leur devons accorder; mais aucun d'eux ne saurait nous décider à conseiller l'hystérectomie ou à la repousser.

Je vous demande en quoi peuvent nous influencer dans l'espèce, l'*histoire étiologique de l'infection* (la question de savoir si elle a été provoquée par l'avortement ou l'accouchement à terme, le doigt ou le forceps), l'examen bactériologique des sécrétions ou des produits de raclage !

Nous pensions tous que la présence de micro-organismes dans le sang, surtout des streptocoques, ne pouvait que contre-indiquer une intervention comme l'hystérectomie. Or, voici que Prochownich, cité par M. Tuffier, nous vient déclarer qu'il a perdu toutes les femmes non hystérectomisées, dans le sang desquelles il a trouvé le streptocoque, tandis que les deux seules opérées chez lesquelles il a fait la même constatation ont guéri. Mais pour Tissier, par contre, le streptocoque n'apparaissant dans le sang qu'à la période pré-agonique, sa présence dans ce milieu constitue une contre-indication formelle à une opération grave ; d'autre part, Queirel a pu trouver le même microbe dans le sang d'une femme qui guérit sans intervention.... Passons.

M. Tuffier prend bien soin de faire observer que de tous les critériums qu'il invoque pour justifier l'hystérectomie, il en est qui, à ses propres yeux, sont sujets à caution, qu'il n'en est pas un d'ailleurs qui ait, à lui seul, une signification suffisante, qu'ils ne valent que par leur ensemble. Mais en vérité, a-t-on jamais fait un bon diagnostic, a-t-on jamais pris une bonne décision, avec des éléments uniformément mauvais ou incomplets ?

Que penser enfin du jugement basé sur la gravité des symptômes généraux et sur la gravité de l'opération elle-même, en mettant les statistiques de côté pour ne s'en rapporter qu'aux faits ?

Il suffit, pour être fixé, de lire cette observation de Treub l'un des trois autres rapporteurs de la question :

« Multipare, admise à la clinique huit jours post-partum. Fièvre depuis le second jour, température maxima 40°,2 et pouls 144. Au commencement, la malade paraissait aller mieux, mais ce mieux ne dura pas, de sorte que la température ne descendant pas et l'état général devenant de plus en plus mauvais, le pronostic me parut tellement mauvais que je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. L'utérus était tellement friable que les pinces ne firent qu'en déchirer le tissu, ce qui rendit l'opération très difficile dès le commencement. Pour surcroît de malheur, le doigt occupé à libérer la vessie du col perfora la paroi vésicale. Alors, découragé, j'abandonne l'opération en me disant que je préfère ne pas hâter davantage la mort de la malade qui me semblait inévitable. Quelques points de suture dans le cul-de-sac postérieur, quelques autres à la plaie vésicale, un tampon dans le vagin et la malade est reportée au lit.

« Neuf jours après cet avortement opératoire, la femme est sans fièvre et, n'eût été la fistule vésicale qui la retenait trois mois et demi à l'hôpital, elle aurait pu nous quitter beaucoup plus tôt en parfait état de santé. »

Il est certain, amis lecteurs, que si un pareil fait (dont la relation est d'ailleurs un bel acte de franchise) ne vous convainct pas de l'innocuité de l'hystérectomie en matière d'infection puerpérale et de son efficacité, même quand on ne la pousse pas à bout (qu'est-ce donc, quand on la termine !) je déclare renoncer pour jamais à vous initier aux progrès de notre art.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de paix du canton d'Armentières (Nord)

Audience publique du 11 septembre 1902

Nous, juge de paix, vidant notre délibéré et jugeant contradictoirement en dernier ressort.

Attendu que le 12 avril 1902, H. (Julia); travaillant dans une filature du coton des défendeurs dans la ville d'Armentières, a été victime d'un accident,

Attendu que le Dr V..., appelé par les défendeurs a délivré un certificat constatant que H... Julia était atteinte d'une fracture au bras droit ; qu'elle ne pou-

vait recevoir à domicile les soins que réclamait son état et qu'il y avait urgence à l'admettre dans un établissement hospitalier;

Attendu que, sur le vu du certificat, ladite H... (Julia) a été admise àl'hôpital d'Armentières à la condition que les frais de traitement seraient remboursés par les dits sieurs M. et C. Charvet, civilement responsables ;

Attendu que le 14 du même mois d'avril l'amputation de l'avant-bras a été jugée nécessaire et que l'opération a été pratiquée par le docteur Dubar qui, pour ce travail, réclame la somme de cent francs;

Attendu que le mandataire des défendeurs prétend que ses mandants ne doivent rien au demandeur, qu'ils ont payé à l'hôpital d'Armentières, 70 francs pour frais de traitement à Julia H... pendant 35 journées à raison de deux francs par jour, dans laquelle somme se trouvent compris les honoraires du demandeur;

Attendu que, dans le cours des débats, le mandataire des défendeurs présente à l'appui de ses prétentions une décision prise le 22 août dernier par l'administration des hospices d'Armentières, et ainsi conçue : « Les chirurgiens de l'hôpital sont payés (300 francs par an !) pour donner aux malades indigents et payants tous soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques que nécessite leur état. »

Attendu qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la décision du conseil d'administration de l'hôpital d'Armentières :

1° Parce qu'elle a été prise sur la demande des défendeurs après que les débats étaient engagés.

2° Parce que les chirurgiens de l'hôpital ne sont nullement tenus de fournir cette décision;

3° Et qu'il n'existe entre le docteur Dubar, médecin à l'hôpital, et l'administration des hospices d'Armentières aucune convention et qu'en conséquence ils sont tous deux, à l'égard l'un de l'autre, dans le droit commun.

Attendu, en principe, que les hôpitaux ont été créés pour recevoir les indigents de leur commune; que, s'ils admettent d'autres malades, c'est moyennant une indemnité journalière qui est fixée à deux francs pour l'hôpital d'Armentières;

Attendu que le médecin d'hôpital doit ses soins gratuits aux personnes indigentes et non payantes ;

Attendu que le patron, en faisant admettre une victime d'un accident dans un hôpital, ne peut lui enlever le droit que lui confère la loi du 9 avril 1898 de choisir son médecin ; qu'en conséquence si l'hôpital comprenait dans la somme journalière de deux francs les honoraires du médecin choisi par la victime, il se trouverait souvent obligé de payer au dit médecin une somme supérieure à celle reçue ; qu'il s'ensuit que l'on ne peut admettre que dans la somme payée par les défendeurs à l'administration des hospices d'Armentières se trouvent compris les honoraires de l'opération chirurgicale pratiquée par le demandeur sur H.., (Julia) ;

Attendu qu'en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, le chef d'entreprise supporte les frais médicaux ;

Attendu que la demande du docteur Dubar est en tous points justifiée et que la somme par lui réclamée est la moins élevée du tarif de l'Assistance médicale gratuite du département du Nord pour les opérations semblables à celle faite par lui ; qu'il y a donc lieu de lui adjuger le montant intégral de sa demande ;

Par ces motifs, condamnons MM. M. et C... Charvet à payer au docteur Dubar la somme de cent francs pour amputation de l'avant-brasde H... (Julia), et les condamnons en outre aux intérêts judiciaires de ladite somme selon droit, et aux dépens liquidés à 7 francs 50 centimes, en ce non compris le coût du présent jugement, le tout solidairement.

Signé *Le juge de Paix* : Emile Delsaux.
Le greffier : Maurice Hecquet.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Les mœurs médicales nouvelles.

Monsieur et cher Confrère,

Le mal signalé par notre confrère d'X-les-Bains s'étend et nous ronge ici.

Voilà pourquoi j'ai fait reproduire, par la *Loire médicale*, la lettre insérée au *Concours* et, m'inspirant des conditions locales, je l'ai largement commentée.

J'aurais voulu comme vous, cher Confrère, terminer par *sursum corda*. Impossible, hélas. On ne veut plus de notre vieille, honorable, respectable, et respectée maison, et quand on entre dans notre tour d'ivoire, c'est pour la démolir. En tous cas on l'a déjà ébranlée assez fortement pour que la consolidation nécessite une somme d'efforts considérable et longue.

Malgré les efforts du Concours, ceux des Congrès, etc., le mal augmente. Et c'est vraiment un spectacle peu commun que la vue de cette mentalité extraordinaire chez les jeunes, qui consiste à s'allier à l'ennemi organisé et discipliné contre leur propre intérêt matériel !

C'est cette alliance contre nature qui nous fait le plus de mal ; elle nous désorganise d'abord, et nous décourage nous autres, les fidèles aux vieilles traditions médicales.

Mais, j'y pense, nous aussi, nous pourrions nous allier avec la Société contre ces écervelés. Est-ce qu'en effet, la Société, en dehors des groupes ligués contre nous, n'a pas à sauvegarder sa santé au mieux de ses intérêts ?

Que représentent comme expérience clinique ces jeunes échappés d'hier des bancs de l'École?

Quelle garantie donnent-ils de leur savoir technique professionnel, dans leurs rapports avec le public: le tact, le savoir-vivre, le secret de famille, etc., etc.

On a déjà proposé de faire signer un engagement à ce sujet, examen, etc.

Ne serait-il pas plus simple de revenir purement et simplement au serment hippocratique, encore, je crois, en usage à Montpellier ?

Et pour commencer à éveiller l'attention du public, ne serait-il pas utile de faire réimprimer sa formule dans le *Concours*, avec prière de faire répéter dans tous les journaux de médecine d'abord, ensuite dans les journaux politiques.

Voilà comment nous pourrions trouver des alliés dans la Société qui finirait par penser, comme elle le faisait autrefois, qu'une bicyclette, une cravate et une partie de baccara au grand Cercle du commerce et surtout de l'industrie, ne suffisent pas pour faire un médecin, même diplômé, pour lui donner les garanties nécessaires qu'elle est en droit d'exiger.

Veuillez agréer, etc.

Petite protestation légitime.

17 septembre 1902.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Lecteur assidu du *Concours*, dont je suis le fidèle abonné depuis le jour de mon installation, et pour lequel je fais le plus d'adhérents que je puis auprès de mes camarades, j'ai déjà eu l'intention de vous écrire après votre *feuilleton*, signé d'un *Temporis laudator acti*. Aujourd'hui, nouveau feuilleton du même esprit et toujours fait par d'honorables confrères, vieux praticiens évidemment, mais qui me paraissent cependant se laisser un peu trop aller à cet art si facile de la critique envers ceux qu'il appellent aimablement de jeunes confrères, et que tout bas sans doute ils doivent qualifier de gêneurs. — Il faut cependant admettre qu'ils n'ont pas créé leur situation dans des régions inexplorées et qu'il ont dû être jadis eux-mêmes des jeunes confrères pour les praticiens à côté desquels ils s'installaient.

A lire le *Concours* de ces derniers temps, il semblerait que cette société n'est faite que de praticiens blanchis sous le harnais ; je crois, au contraire, que dès leur installation, pas mal de jeunes médecins se sont immédiatement affiliés à ses œuvres. Voulez-vous, à côté des histoires véridiques que vous nous avez racontées, en caser une autre ? *Suum cuique*.

Il y a quelque six à huit ans, arrivait à Vic-les-Oiseaux, un jeune médecin désireux de gagner sa vie par les moyens les plus honnêtes et de vivre en harmonie avec les confrères du bourg ; ils étaient deux, frisant l'un et l'autre la soixantaine. Il fit une visite à l'un d'eux qui la lui rendit à peine ; quant à autre, il ne fut pas reçu par lui, ce confrère répétant à qui voulait l'entendre que le jeune docteur n'avait pas son diplôme, etc. Le jeune médecin ne fit pas de rabais sur le tarif des honoraires, au contraire ; il n'accepta jamais de faire ce que font encore les anciens : les visites de 0.50 pour la société de secours mutuels. Dans les petits villages environnants et bien rapprochés (car la pléthore médicale se faisait et se fait encore sentir là comme ailleurs) l'accueil fut le même ; toujours frais. Tous ces respectables confrères en voulaient certainement à l'activité juvénile que déployait le nouveau venu pour se créer les ressources nécessaires à son existence et à celle de sa famille.

Dans Vic-les-Oiseaux, jamais les médecins n'ont accepté de consultation avec le jeune homme.

Dans les environs, quand il était demandé, le vieux praticien répondait en haussant les épaules qu'il voulait bien se rencontrer avec un médecin, et non avec un apprenti !

De tout cela rien n'est resté ; la clientèle est néanmoins venue au jeune confrère qui ne s'est pas souvenu du mauvais accueil, qui n'est jamais allé voir un malade soigné par un autre sans en avertir ce dernier en lui demandant son heure ; l'accord est à peu près fait sur ces points, mais encore avec des concessions fréquentes faites aux susceptibilités qui restent. De tout cela, le jeune homme ne tire nulle vanité, il est membre du Syndicat, du Concours et de toutes ses œuvres. Mais quand le Concours a mené sa campagne contre les mœurs médicales qu'il enregistre comme déplorables à juste titre, il ne peut s'empêcher de trouver excessif qu'il n'y ait place que pour les récriminations contre les mœurs des jeunes.

Les anciens l'ont jadis fort mal accueilli, et il estime que les apologues pourraient bien souvent se retourner, et que, si quelques confrères anciennement installés trouvent les heures mauvaises du fait du Nouveau-Venu, ils devraient faire eux-mêmes leur *meâ culpâ*, au lieu de crier *haro* sur les jeunes, qui deviennent un peu ce qu'on les fait.

Croyez, Monsieur le Directeur, qu'il ne reste pas un atome de bile dans la vésicule de ce confrère qui aime néanmoins à rendre à chacun ce qui lui appartient. *Suum cuique*.

Recevez, mon cher confrère, etc., etc.

Dr R., à S.

REPORTAGE MEDICAL

Conférences d'électricité médicale à la Clinique du Dr Apostoli, MM. le Dr Laquerrière (membre du Concours médical) directeur de la clinique et L. Delherm, interne des hôpitaux de Paris feront en novembre et décembre une série de douze conférences *pratiques sur l'Electricité Médicale*.

Programme : I et II. Electrophysique et appareils ;
III. Effets physiques et physiologiques des courants sur les être vivants.
IV et V. Gynécologie.
VI et VII. Tube digestif.
VIII et IX. Electrodiagnostic, maladies nerveuses.
X. Maladies de la nutrition,
XI. Affections de la peau.
XII. Applications diverses (voies urinaires-articulations).

Les conférences seront accompagnées de présentations de malades.

Pour renseignements s'adresser 15, rue Montmartre, Paris, le jeudi, mardi, samedi, de 4 à 6 heures.

N.-B. Une série de conférences semblables, aura lieu en mai et juin.

Les livres nécessaires. — Professeur Landouzy et Dr Jayle. — *Glossaire médical*: in-8°-1902. Naud, éditeur. — Le vocabulaire médical s'est singulièrement enrichi ces dernières années. Les découvertes modernes de la bactériologie, de l'antisepsie, de la sérothérapie, etc., le développement considérable des branches accessoires de la médecine, laryngologie, otologie, thérapeutique, électrothérapie, etc., ont naturellement provoqu l'éclosion de toute une terminologie nouvelle. De plus la tendance grandissante de baptiser les procédés opératoires, les méthodes thérapeutiques, les symptômes morbides, les maladies elles-mêmes, du nom des médecins qui les ont décrits ou étudiés, a contribué à la création de ces nouveaux vocables qui hérissent nos traités et nos journaux professionnels et en rendent la lecture difficile, souvent même incompréhensible. Le besoin d'un glossaire où se trouveraient définis tous ces néologismes, pour la compréhension desquels il ne suffit même pas de se souvenir de notre vieux Jardin des racines grecques et latines, est journellement senti par le praticien soucieux de ne pas perdre le contact avec l'essor médical contemporain.

Pour répondre à ce besoin, MM. les Drs Landouzy et Jayle viennent de publier un ouvrage fort bien conçu, dans lequel ils ont recueilli et expliqué plus de 9000 expressions ou termes médicaux, nouveaux pour la plupart. Les travailleurs nous sauront gré, de leur signaler ce livre appelé, par ses définitions précises, par ses renseignements concis mais clairs à leur rendre de journaliers services.

D. G.

Distinctions honorifiques. — Le docteur Trépant, membre fondateur du Concours Médical, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, est nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

Faculté et hôpitaux

Les cours du semestre d'hiver commenceront à partir du 1er novembre, ainsi qu'il suit :

Cours d'histologie. — M. Mathias-Duval. La cellule en général, la cellule sexuelle en particulier, la fécondation et les origines blastodermiques ; l'ectoderme et ses dérivés. Les mardis, jeudis, samedis à 5 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique,

Cours de physiologie. — M. Richet. Fonctions de nutrition. Respiration, circulation, digestion, sécrétion, chaleur animale. Les lundis, mercredis, vendredis à cinq heures au grand amphithéâtre de l'école pratique.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue. Maladies générales chirurgicales et chirurgie du crâne. Les lundis, mercredis, et vendredis à 3 heures à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie chirurgicale (Ecole pratique).

Cours de pathologie médicale. — M. Hutinel. Maladies de l'appareil digestif. Les mardis, jeudis, samedis à 3 heures au grand amphithéâtre de la faculte.

Cours de pathologie expérimentale. — M. Chantemesse. Etude expérimentale des microbes pathogènes. Les mardis, jeudis, samedis à 5 heures à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique.

Cours d'anatomie pathologique. — M. Cornil. Anatomie pathologique générale des glandes (foie, rein, muqueuse gastro-intestinale, glande sexuelle). Les lundis, vendredis à 6 heures, au petit amphithéâtre

de la faculté et le mercredi à 2 heures à l'Ecole pratique.

Cours de thérapeutique. — M. Gilbert : L'art de formuler ; les médicaments. Les mardis, jeudis et samedis à 3 heures au petit amphithéâtre de la faculté.

Cours de pharmacologie et matières médicales. — M. Pouchet : Cours dogmatique ; études des modificateurs du système nerveux périphérique. Hypocinétiques généraux. Modificateurs névro-musculaires, les mardis et samedis.

Conférences pratiques. — Examens pratiques de reconnaissance et de déterminations de drogues simples et composées. Etudes de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses appliquées aux sciences médicales. Art de formuler. Les jeudis au grand amphithéâtre de la faculté.

Cours d'histore de la médecine et de la chirurgie. — M. Déjerine : Histoire du cerveau et de ses maladies. Les mardis, jeudis, samedi, à 5 heures au grand amphithéâtre de la faculté.

Cours de médecine légale. — M. Brouardel. Les lundis, mercredis, vendredis à 2 heures à la Morgue.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. Blanchard : 1° parasitisme ; lutte entre les parasites et l'organisme ; 2° études spéciales des mycoses. Les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures au petit amphithéâtre de la faculté.

Cliniques médicales.— Visites des malades. — Clinique médicale de M. Hayem, les mardis et samedis à 10 heures, hôpital Saint-Antoine. — Clinique de M. Dieulafoy, les mercredis et samedis à 10 heures 1/2 à l'Hôtel-Dieu. — Clinique de M. Debove, les mardis, samedis à 10 heures, hôpital Baujeon. — Clinique de M. Landouzy, les mardis, vendredis à 10 heures, hôpital Laennec.— Clinique chirurgicale de M. Duplay, les mardis et samedis à 9 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu. — Clinique de M. Le Dentu, les mardis, vendredis à 9 h. 1/2, hôpital Necker. — Clinique de M. Tillaux, les mercredis, vendredis, à 9 h., à l'Hôpital de la Charité.—Clinique de M. Terrier, les mardis, vendredis à 9 heures à l'hôpital de la Pitié. — Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale par M. Geoffroy, les lundis, vendredis à 2 h. 1/2 à Saint-Anne. — Clinique de Maladies des enfants, les mardis et vendredis à 9 heures, Hôpital des Enfants-malades.— Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques. M. Gaucher, les mercredis et dimanches à 10 heures, Hôpital Saint-Louis.— Clinique des maladies du système nerveux M. Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures, Hôpital de la Salpêtrière. — Clinique opthalmologique M. de La Personne, les lundis et mercredis à 9 heures et demie à l'Hôtel-Dieu — Clinique de Gynécologie, M. Pozzi, les lundis et vendredis à 10 heures, Hôpital Broca.— Clinique d'accouchement, M. Pinard les lundis et vendredis, Clinique Baudelocque, 125, Boulevard Rort-Royal. — M. Budin, les mardis et samedis à 9 heures, Clinique Tarnier, rue d'Assas. — Clinique infantile, M. Kirmisson les mardis, samedis à 10 heures, Hôpital Trousseau.

CONFÉRENCES. — *Physique biologique.* — M. Broca : Mécanique animale. Actions moléculaires, leur rôle dans les phénomènes physiologiques. Application de la chaleur à la physiologie et à la thérapeutique, les lundis, mercredis et vendredis à 3 heures à l'amphithéâtre de physique et de chimie à la faculté.

Chimie biologique.— M. Desgrez : Principes constitutifs des humeurs et des tissus, les mardis, jeudis, samedis à 5 heures à l'amphitéâtre de physique et de chimie à la faculté.

Anatomie. — M. Rieffel : Cou et membres supérieurs, les mardis, jeudis, samedis à 4 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Pathologie interne.— M. Gouget : Maladies de l'appareil respiratoire, les mardis, jeudis, samedis à 5 h. au grand amphithéâtre de la faculte.

Pathologie générale élémentaire. — M. Teissier : Grands processus morbides ; éléments de séméiologie générale et fonctionnelle, les lundis, mercredis, vendredis à 3 heures au grand amphithéâtre de la faculté.

Pathologie externe. — M. Gosset : Maladies de la face (y compris l'œil et l'oreille) et du rachis, les mardis, jeudis, samedis, à 3 heures au grand amphithéâtre de la faculté.

Médecine légale. — M. Thoinot : Blessures et accidents, les lundis, mercredis, vendredis à 3 heures, au petit amphithéâtre de la faculté.

Hygiène. — M. Wurtz : Désinfection ; désinfectants. Danger de l'eau ; danger du lait, dangers des aliments avariés ou falsifiés les lundis, mercredis, vendredis au laboratoire d'hygiène.

Obstétrique. — M. Potocki : Grossesse et accouchement physiologique. Pathologie de la grossesse.

TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection.*— M. Rieffel, chef des travaux. — Dissection et démonstration par les prosecteurs et les aides d'anatomie tous les jours de 1 h. à 3 h. à l'Ecole pratique.

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique, conférences et démonstrations tous les jours de 1 h. à 3 h. à l'Ecole pratique.

Parasitologie. — M. Guiart. — Conférences et démonstrations les lundis, mercredis et vendredis de 1 h. à 3 h. à l'Ecole pratique.

Hopital Hérold. — M. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, recommencera ses conférences de pathologie infantile le 7 novembre à 11 h. au pavillon Pasteur et les continuera les autres vendredis.

Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province à Paris.— Les chirurgiens des hôpitaux de province se sont réunis mardi dernier à la Faculté de Médecine. Après les explications des Drs Bousquet (de Clermont), Reynès (de Marseille), et Lande (de Bordeaux, la réunion a nommé une Commission chargée d'avoir un entretien avec M. le Ministre de l'Intérieur pour le prier :

1° De vouloir bien notifier aux préfets et aux administrations hospitalières de France, des colonies et des pays de protectorat, la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique du 12 juin dernier sur l'hospitalisation des accidentés du travail dans les hôpitaux.

2° D'inviter les administrations à mettre leurs règlements en concordance avec cette délibération.

M. Combes, ministre de l'intérieur, a reçu lui-même les délégués : MM. Braquehaye (de Tunis), de Mauny (de Saintes), Reynès (de Marseille), et leur a promis de leur donner satisfaction.

ADHESIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4848.— M. le docteur PERRIN, de Bezons (Seine-et-Oise), membre de Syndicat de la Seine et présenté par M. le docteur de Grissac, d'Argenteuil.

N° 4849. —M. le docteur GIOON, de Caen (Calvados), membre de l'Association des médecins du Calvados.

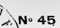
N° 4850. — M. le docteur MOURAS, de Nouzon (Ardennes), membre du Sou Médical.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Gouraincourt, de Franchesse (Allier), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année.  N° 45 8 NOVEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Invitation aux Assemblées générales de 1902.

Chers Confrères,

Dans huit jours, nous célébrerons les fêtes annuelles de nos Sociétés : à cette heure, nous serons aux Assemblées générales.

Venez y nombreux, très nombreux : venez y également très préparés aux études que vous voyez inscrites à l'ordre du jour.

Tous nos efforts vont tendre à mettre les questions au point, afin d'en éloigner ce qui donne lieu à d'inutiles chocs d'opinions quand celles-ci se trouvent mises brusquement en présence, sans avoir pris contact au préalable.

Dès le samedi 15, à l'Assemblée de l'Union des Syndicats, vous entendrez l'exposé des luttes et des succès de vos Sociétés de défense professionnelle qui ont fait ensemble d'excellente besogne.

Puis, le dimanche, nous nous retrouverons tous groupés à la recherche d'améliorations nouvelles : c'est le programme du Concours.

Parmi celles-ci, il en est une qui nous tient particulièrement à cœur ; c'est celle dont nous avons préparé l'examen depuis deux mois par les articles intitulés : « *La réforme de l'enseignement médical* ».

Dans la discussion générale, nous avons donné l'avis de tous les intéressés et des compétences diverses. Vous avez entendu des praticiens, des chirurgiens de province d'une grande notoriété, des médecins qui destinent leurs fils à la carrière médicale, un interne des plus distingués, un médecin des hôpitaux dont le service est des plus fructueusement suivis, un professeur choisi parmi ceux qui aiment le plus l'enseignement dont ils sont chargés.

Aujourd'hui, pour terminer cette préparation, M. le Dr Duchesne vous dira comment la question se rattache à l'obsédante préoccupation de l'encombrement médical ; après quoi, notre cher président, M. le Dr Gassot, va nous remettre, après nos excursions en éclaireurs, à l'entrée de la route dans laquelle nous devrons marcher méthodiquement.

Il nous semble que la tâche devient déjà bien plus facile et que le rapporteur devant l'Assemblée générale sera ainsi en mesure de vous la présenter encore plus simple et, partant, plus attrayante.

C'est dire que vos avis, très étudiés, très circonstanciés, dépourvus de ce qui est chimérique, vague, irréfléchi, nous seront particulièrement utiles : une fois de plus, nous adressons donc un pressant appel à votre collaboration.

Rendez-vous général, s. v p., chers Confrères, à notre fête du 16 novembre, et merci d'avance pour votre précieux concours.

Le Conseil de Direction.

Les réformes de l'enseignement médical et l'encombrement professionnel.

Cher et excellent Confrère,

J'ai lu avec le plus grand intérêt, et aussi, avec la plus vive satisfaction, le « Propos du jour » de l'avant dernier numéro du *Concours médical*, n° 43, dans lequel il m'a semblé reconnaître la parole

autorisée et l'argumentation solide et documentée d'un distingué maître, vieil ami du *Concours*.

Je suis de ceux qui, en 1900, ont pris part à l'ardente discussion sur la « Lutte contre l'encombrement médical » — or, les idées que j'ai défendues alors n'avaient point paru si mauvaises à la commission chargée de cette question, puisqu'elle voulut bien, en dehors du prix justement accordé au remarquable travail du confrère Gouffier, m'honorer d'une récompense en même temps que M. le Dr Salomon (de Savigné-l'Evêque).

Je soutenais que la mesure vraiment efficace pour remédier à cet encombrement devait consister à *limiter le nombre des médecins en limitant, par voie de concours, le nombre des étudiants.* J'avais même eu la témérité de rédiger un projet de loi qui parut révolutionnaire ou tout au moins très utopique, irréalisable. Je me souviens que notre confrère Richard-Lesay répondit à peu près en ces termes à une tentative de défense de mon projet, que je fis à notre réunion générale de 1900 : « Quelle que soit la valeur, la « solidité de vos raisons, elles risquent fort de « ne pas triompher, parce que vous aurez tou« jours contre vous le public qui a — ou qui croit « avoir intérêt à ce qu'il y ait le plus grand nom« bre de médecins, afin de profiter de la concur« rence... »

Je résolus de garder le silence, convaincu que toute idée sincère, désintéressée, consciencieusement étudiée, fait son chemin et finit tôt ou tard par être reprise par d'autres, qui la défendent à leur tour, et tendent à en assurer le succès.

Je n'en ai pas moins suivi très attentivement tout ce qui a été écrit depuis sur ce sujet et sur tous ceux qui s'y rattachent. La campagne en faveur de la réorganisation des études médicales, le rapport clair et précis du confrère Gouffier, les nombreuses lettres qu'il a provoquées, contribuent chaque jour à mettre la question un peu mieux au point, et nul doute que, de cet échange incessant de pensées, de conceptions, de points de vue, sorte quelque chose de très profitable au corps médical.

Et ce qui me cause cette satisfaction, exprimée tout d'abord, c'est que je constate que ce « *quelque chose* » devra, pour donner son maximum de bienfaits, s'inspirer, au moins dans une large mesure, de la nécessité — exposée par moi naguère — *de limiter le nombre des étudiants.*

Et je n'en veux pour preuve que les passages que j'extrais de la lettre à laquelle je fais allusion au commencement de cet article : « *Ce qu'il « est urgent de faire à l'heure actuelle, ce n'est pas « de rédiger un programme, mais de rendre l'accès « du diplôme plus difficile et même impossible aux « incapables — c'est de diminuer ainsi le nombre « des étudiants en médecine parmi lesquels* UNE « SÉLECTION S'IMPOSE..... »

« ..... *La sélection au cours des études — surtout, « au début des études — s'impose d'autant plus qu'à « l'avenir.... il n'y aura pour ainsi dire plus de « barrières à l'entrée des études médicales...* » P. 682.

« *Je crois au contraire qu'il faut* SÉLECTIONNER LA MATIÈRE ÉTUDIANTE..... P. 683.... »

Ici, sans doute, il s'agit de la réforme de l'enseignement médical, du relèvement du niveau intellectuel et moral des médecins, de l'obtention d'un diplôme qui soit une garantie d'un minimum de connaissances pratiques.

Qu'importe si, par contre-coup, — et cela ne peut manquer — l'encombrement est atteint, combattu, diminué ?... N'a-t-il pas contribué largement à rabaisser ce niveau que nous voudrions voir plus haut ? Est-ce que — de son fait — la lutte pour la vie ne s'est pas montrée plus

FEUILLETON

De la statistique en général ; de la mortalité des médecins en particulier (*suite et fin*).

Comme il a été indiqué dans le précédent feuilleton, la question de la mortalité par professions figurait au programme du Congrès international d'Actuaires qui s'est tenu à Paris en 1900 et je résume ici ce qui a été dit concernant les médecins.

Deux rapports seulement sur cinq ont relaté des observations faites sur le corps médical, mais ces observations sont relatives à quatre pays différents.

Le plus détaillé de ces rapports, et le plus exactement documenté, a été présenté par M. Samwer, actuaire de la Lebensversicherungsbank (Banque d'assurances sur la vie) de Gotha. Cette société a depuis longtemps développé et porté à un haut degré de perfection ses services de statistique, où les médecins de la compagnie travaillent en collaboration avec les actuaires. Les professions étudiées en particulier ont été celles de médecins, ecclésiastiques, instituteurs et professeurs secondaires.

« La mortalité la plus forte s'est trouvée chez les médecins, la plus faible chez les ecclésiastique jusqu'à l'âge d'environ 50 ans, et chez les professeurs secondaires à partir de cet âge.

« Il y a, par rapport à l'ensemble des assurés, une surmortalité de 11% pour les médecins.

« Les médecins ont été relativement beaucoup exposés aux infections, aux affections provenant de fatigues corporelles et intellectuelles ou d'influences atmosphériques ou de la température (maladies aiguës des organes de la respiration. »

Tels sont les résultats caractéristiques. Ils sont, pour une partie, déduits des résultats numériques ci-dessous.

Mortalité d'après les observations fondamentales.

AGES	Taux de mortalité annuels — Observations générales Sexe masculin 1829-1878	Médecins 1829-1885
26-30	0,58	0,86
31-35	0,66	0,75
36-40	0,82	1,10
41-45	1,01	1,21
46-50	1,36	1,29
51-55	1,89	2,39
56-60	2,76	3,01
61-65	4,11	4,37
66-70	6,35	6,99
71-75	9,19	9,75
76-80	13,32	13,49
81-85	19,60	13,39
86-90	29,13	28,71

Les taux de mortalité sont donnés là tels qu'ils résultent de l'observation directe ; mais, comme on

terrible ? Est-ce que la nécessité de manger, la nécessité de nourrir les siens, n'imposent pas silence aux consciences parfois révoltées, ne fait pas taire les scrupules et n'explique pas — sans les excuser — les petites vilenies, les manœuvres déloyales, la concurrence malhonnête, le charlatanisme éhonté...... que le *Concours médical* dénonce et flétrit chaque année dans une partie si importante de ses colonnes ? N'est-il donc pas légitime de souhaiter que cet état de choses disparaisse et que les médecins *mieux instruits*, *mieux choisis*, *moins nombreux*, reviennent à l'honnêteté de mœurs, à la probité scientifique et professionnelle d'antan ?

Comment réaliser cette sélection, demanderai-je à mon tour après l'honorable correspondant du *Concours* ? C'est matière à étudier. Le principal, c'est d'établir les conditions de cette sélection, de ce choix, et de les faire adopter par les Conseils supérieurs de l'enseignement et les Pouvoirs publics.

Et je reprendrai avec vous, si vous me le permettez, mon cher Confrère, le proverbe par lequel vous terminiez vos quelques lignes de réponse : *Qui veut la fin veut les moyens* ! Me glorifiant toutefois de m'être rencontré en si bonne compagnie pour indiquer des MOYENS qui seuls, selon moi, amèneront LA FIN que tous nous rêvons, dans une communauté d'aspirations :

« Amélioration aussi étendue que possible de « la situation matérielle, intellectuelle et morale « du Corps médical ».

Bien cordialement à vous,

Dr G. DUCHESNE.

Boulogne-sur-Seine.
27 octobre 1902.

La méthode dans les réformes de l'enseignement médical.

Depuis que cette question a été mise à l'ordre du jour du *Concours*, des idées fécondes ont certainement été échangées, des points de vue nouveaux ont été envisagés.... je me demande cependant si tous, qui nous intéressons à la question, nous nous comprenons assez pour marcher méthodiquement au but.

On a beaucoup parlé de programme, et en effet la rédaction d'un programme nouveau s'impose, mais ce serait étrangement s'abuser que de nous faire dire que c'est là la chose essentielle. Des programmes, nous dira l'un, mais il en pleut tous les jours — voyez l'enseignement secondaire, — et cependant, au fond rien ne change ! Des programmes, ajoute un autre, mais pourquoi faire ? Croit-on que le corps des examinateurs ne sache pas aussi bien que quiconque le minimum des connaissances qui devraient être exigées du futur médecin ? — Et l'on nous conseille de faire autre chose, de mieux employer notre zèle.

Certes, nous aurions mieux à faire, si nous n'avions pour but unique que de rédiger ce programme qui, fût-il adopté, irait sans doute rejoindre ses prédécesseurs au pays des vieilles lunes. Mais, je le répète, la rédaction du programme n'est qu'une des parties du travail auquel nous voulons nous adonner : il faut qu'elle s'accompagne de l'étude des réformes pratiques qui seules peuvent amener un résultat.

Tout le monde est d'accord sur l'insuffisance de l'état de choses actuel, il faut donc le modifier. Mais, pour accomplir cette réforme, il est indispensable de faire, ou à peu près, table rase de ce qui existe et de construire un nouvel édifice de toutes pièces — voilà pourquoi il faut établir

---

le sait, toute personne qui s'assure sur la vie subit une visite médicale, et n'est admise que si elle est en bonne santé ; elle a donc été l'objet d'un choix, d'une sélection, et le taux de mortalité trouvé par ce procédé rend mal compte de la mortalité moyenne. On élimine cette cause d'erreur en faisant abstraction des premières années d'observation, de celles pendant lesquelles les conséquences de la visite subie se manifestent par une diminution de la mortalité moyenne. La Gotha a, par suite, joint au tableau indiqué plus haut le suivant.

Mortalité, après élimination des cinq premières années de l'assurance (médecins).

AGES	Taux de mortalité annuels pour cent.	Vie moyenne
25	0,70	35,62
30	0,76	32,60
35	1,06	28,90
40	1,27	20,50
45	1,38	22,07
50	1,60	18,55
55	2,62	15,27
60	3,73	12,39
65	5,49	9,85
70	7,79	7,70
75	10,62	5,82
80	16,14	4,04
85	21,42	2,66
90	36,50	1,70

Enfin, pour compléter ce résumé des travaux de la « Gotha », ajoutons que, tandis que sur le nombre de médecins observés, il aurait dû se produire 948 décès si leur mortalité avait été égale à la mortalité générale, il s'en est produit effectivement 1052, soit 11 0/0 de plus, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Le second rapport parlant de la mortalité de médecins est celui de M. Laurent ; l'auteur se contente d'ailleurs de reproduire des statistiques du Dr Bertillon, d'après lesquelles :

1° La mortalité des médecins parisiens serait inférieure à la mortalité générale de la population parisienne.

2° La mortalité des médecins suisses serait supérieure à la mortalité générale de la population suisse.

3° La mortalité des médecins anglais serait supérieure à la mortalité générale de la population anglaise.

Ces résultats ressortent des deux tableaux ci-dessous.

Nombre annuel moyen de décès pour 1000 têtes observées pendant les années indiquées.

AGES	Paris 1885 à 1889		Suisse 1879 à 82	
	Population générale	Médecins	Population générale	Médecins
20 à 29.....	11	9	8	11
30 à 39.....	15	11	10	12
40 à 49.....	21	9	25	21
50 à 59.....	31	11	16	30

ce fameux programme, en même temps qu'on étudiera les moyens de le faire passer dans la pratique.

Nous demandons à ceux que la chose intéresse d'envisager une question spéciale; chirurgie, accouchements, oculistique, électricité médicale... ce qui sera plutôt dans leurs cordes, et de nous donner une étude comportant, à la fois, le programme des connaissances jugées indispensables en la matière, les moyens pratiques d'en assurer la possession à l'étudiant, le temps que la chose réclamera, l'époque des études à laquelle il conviendra de la placer, pour qu'elle puisse donner les meilleurs résultats, etc., etc.

Il est possible que, sur certains points, on n'innove que peu, mais on conviendra que sur d'autres tout est à faire. Dans tous les cas, cette série d'études, dont chacune provoquera peut-être des discussions, constituera un ensemble d'un puissant intérêt, et il serait bien extraordinaire qu'il ne s'en dégageât pas quelqu'idée nouvelle.

Ce qu'on pourrait craindre, c'est que chacun ne s'étendît trop sur la partie spéciale qu'il aura choisie et que les années d'études ne fussent insuffisantes en présence d'une véritable encyclopédie. — C'est alors que ces ruraux — qui font sourire parfois les académiciens — interviendront pour réclamer l'élagage nécessaire, et nous les connaissons assez pour savoir que leur intervention, loin d'être inutile ou superflue, sera au contraire fructueuse et pratique.

Voilà ce qu'il importait de préciser, pour déblayer la discussion d'arguments à côté qui n'auraient pas manqué de se produire et qui ne sont à leur place que dans la discussion générale à laquelle nous venons de nous livrer.

Mieux vaut donc maintenant entrer immédiatement en matière et prendre un point qui a été indiqué par un de nos amis: la nécessité de faire disparaître l'encombrement dans les facultés, encombrement qui est la cause réelle de bien des maux dont nous nous plaignons.

Ce n'est ni à la fin des études médicales, ni même au milieu, qu'il est possible d'élever ces barrières, sinon infranchissables du moins rudes à franchir, dont il a été question : toutes sortes de considérations s'y opposent ; tandis qu'au début, rien n'est plus facile que d'opérer la sélection nécessaire.

Je sais bien qu'on pourra objecter que cette sélection pourra être défectueuse, écarter des sujets qui auraient pu se distinguer ultérieurement, etc., etc., je répondrai que la perfection n'est pas de ce monde. Certes, il existe des recalés au baccalauréat qui ont plus de valeur que beaucoup de ceux qui ont décroché le diplôme, personne ne conteste cependant la nécessité du baccalauréat à l'entrée de la carrière médicale. Nous l'eussions voulu autre, plus sérieux, mais il faut le prendre comme il est, d'ailleurs sa modification n'entre plus dans notre sujet.

Il n'en est pas de même du P. C. N., créé spécialement en vue des études médicales ; c'est là qu'on pourrait apporter les premières modifications.

Et tout d'abord, l'année du P. C. N. ne devrait pas pouvoir être redoublée. Les candidats malheureux à la session de juillet pourraient se représenter fin octobre, mais un deuxième échec serait définitif.

A l'âge qu'ont à ce moment les étudiants, rien n'est perdu et il est toujours possible d'aiguiller sur une autre voie. D'autre part un caractère plus médical donné à cette année d'études

AGES	Angleterre 1860 à 61-71		Angleterre 1880-1882	
	Population générale	Médecins	Population générale	Médecins
25 à 45.....	11	14	10	12
45 à 65.....	21	25	25	28

Comme on le voit, les résultats obtenus par le Dr Bertillon pour Paris, sont l'inverse de tous les autres. Il ne faut d'ailleurs pas vouloir tirer des statistiques ci-dessus, obtenues au moyen des recensements, des résultats absolus ; elles sont soumises à trop de causes d'erreur, et, chacune d'elles s'étend sur un trop petit nombre d'années.

De tout cela que conclure ? Que les renseignements que nous possédons sur la mortalité du corps médical sont très imparfaits. Que, cependant, il est permis de penser que cette mortalité dépasse la mortalité générale de 10 à 15 0/0, c'est-à-dire que si, sur un groupe composé d'un certain nombre de personnes de même âge, appartenant à toutes les professions, on a observé 100 décès, on en aurait sans doute observé 110 à 115 si toutes ces personnes avaient été des médecins. Que d'ailleurs ce n'est là qu'une supposition, vraisemblable, mais non certaine, et qu'il faudrait vérifier avant d'en tirer des conséquences.

Que l'on me permette d'ajouter un mot au sujet de la Caisse des pensions de retraites du Corps médical français.

Les cotisations sont-elles trop élevées. Pour ne pas allonger par trop cette étude, j'examinerai les cotisations correspondant aux âges à l'entrée 25, 30, 35, 40, 45, en voyant quelles rentes elles donneraient à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

AGES	Cotisation (Tableau A des statuts).	Rente que cette cotisation produirait à la Caisse nationale des retraites.
25........	125	1.104
30..........	164	1.090
35..........	221	1.078
40..........	309	1.063
45...... ...	460	1.055

Or, le chiffre type de la pension du Corps médical français est de 1.200, donc supérieur d'environ 11 0/0 en moyenne aux précédents ; d'autre part, la Caisse nationale des retraites est, de toutes les institutions de prévoyance, prenant des engagements fermes, celle qui a le tarif de cotisations le moins élevé ; son tarif est si faible qu'elle ne garantit pas d'en continuer l'application jusqu'à ce que ses clients aient atteint l'âge qu'ils ont choisi pour leur retraite ; elle sert aux fonds déposés un intérêt de 3 1/2 0/0, donc au moins égal et sans doute supérieur à celui que peut trouver une institution privée de prévoyance. De plus, s'il est vrai que la

rendrait plus légitime la sélection première fournie par l'examen de sortie.

Car il faudrait modifier le programme, qui est trop général et conviendrait à une foule d'autres professions tout aussi bien qu'à la médecine. Cette année du P. C. N. n'a en aucune façon remplacé la première année des études médicales d'autrefois, année qui était souvent perdue par les étudiants, soit qu'ils ne fussent pas en état de la suivre fructueusement, soit que des préoccupations d'un autre ordre les en détournassent.

Sans parler de cette considération dernière, pour laquelle le remède était facile à trouver, on peut dire que, s'il était nécessaire d'établir une transition entre l'enseignement trop élémentaire des lycées et l'enseignement supérieur des Facultés, on aurait dû conserver au P. C. N. le caractère médical de l'enseignement des sciences accessoires.

N'y aurait-il pas avantage, en chimie, à insister sur les substances usitées en médecine ? L'enseignement purement théorique de la physique, avec ses formules abstraites, ne pourrait-il être remplacé dans une certaine mesure par celui de la physique médicale ? Qui soutiendrait que la zoologie n'insisterait pas plus utilement sur les commensaux et les parasites de l'homme que sur l'escargot ou le hareng ? que la botanique ne gagnerait pas à faire connaître la différence entre le persil et la ciguë plutôt que la théorie des inflorescences centripètes ou centrifuges ?

Ce qu'il faut, c'est que le jeune étudiant qui va aborder les études médicales proprement dites, sache ce qui pourra lui être utile parmi les accessoires. Plus tard, il ne s'occupera plus de ces questions, ou il ne le fera qu'à un point de vue tout spécial, il faut donc qu'il ait son bagage en entrant.

Et s'il ne possède pas ce bagage après une année d'études, il cherchera ailleurs. Rien de plus légitime, rien de plus efficace contre l'encombrement dans les hôpitaux, dans les laboratoires et même aux examens futurs.

Mais alors, nécessité de refaire le programme du P. C. N. d'examiner dans quelle mesure l'élément médical peut être introduit dans les cours, de modifier les travaux de laboratoire, etc., etc.

Tout se tient dans la réforme, et c'est pourquoi nous invitons nos amis à joindre leurs efforts aux nôtres, pour aboutir à un résutat pratique et non pas seulement, comme on a paru le penser, à l'é ucubration d'un simple programme, car nous avons toujours dit que celui-ci n'était que le préliminaire rationnel de l'organisation des stages obligatoires.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Conjonctivites granuleuses.

M. *Melconian*, de Beyrouth, publie dans le *Journal des Praticiens*, un nouveau mode de traitement des conjonctivites granuleuses par la médication iodée. On formule ainsi : iode métallique 0,05, vaseline liquide 10 gr. Usage externe. Si les granulations sont récentes, les yeux délicats, les sujets très jeunes ; iode métallique 0,05, vaseline liquide 15 à 20 gr. Rarement la solution à 1 : 100, parce qu'elle est trop irritante, tandis que la solution à 1 : 400 (0,05 : 20) ordinairement

---

mortalité des médecins est un peu supérieure à la moyenne, par contre, la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français admet les femmes des médecins, qui présentent *certainement* une mortalité inférieure à la moyenne. Pour toutes ces raisons, il semble bien que le jour où l'on devrait faire une révision du tarif des cotisations de la Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, cette révision conduirait non à une diminution, mais à une augmentation de ces cotisations.

Dans ce journal, dont les fondateurs ont compris que pour établir des institutions de prévoyance durables, il fallait les asseoir sur des bases rationnelles, disons le mot, mathématiques, qu'il me soit permis de présenter un court plaidoyer *pro domo*. Beaucoup de médecins font aujourd'hui partie de sociétés de secours mutuels de toutes sortes, plus ou moins bien organisées ; ils n'ont pas été sans être quelque peu témoins de la querelle des « sentimentaux » et des « mathématiciens », car il y a querelle là où il devrait y avoir accord. Des « sentimentaux » exagérés disent volontiers que, pour fonder et diriger une œuvre de prévoyance, il suffit d'avoir bons sentiments et bonne volonté : ils accusent les « mathématiciens » de demander des sacrifices trop lourds, de fixer des cotisations qui seraient bonnes « pour une compagnie d'assurances exploitée par des capitalistes » A ceux-là il faut répondre sans hésiter que le premier devoir d'une société de prévoyance est de s'arranger pour tenir ses promesses, pour pouvoir traiter tous ses adhérents de la même façon, pour ne pas consentir aux uns des faveurs qu'elle serait obligée de refuser aux autres, pour ne pas aller à une « faillite morale ». Et toute société dont les cotisations sont trop faibles ira infailliblement à cette « faillite morale. » Car, quand les premiers servis auront absorbé tout l'actif, il restera pour les suivants une caisse vide, et l'amère déception à un âge où il est trop tard pour pouvoir réparer le mal. Il ne s'agit pas de savoir si l'on paiera peu ou beaucoup ; il s'agit de savoir si, en échange de ses sacrifices, on peut avoir confiance dans l'avenir. Il faut enfin se rappeler qu'il en est en prévoyance sociale comme en chimie : « rien ne se perd, rien ne se crée » ; pour secourir, il faut de l'argent, et on ne fait pas de l'argent avec rien. Cela ne veut pas dire que le sentiment n'a pas sa place dans les institutions de prévoyance ; il en a une ; et elle est immense, et ce n'est pas ici que j'ai à le rappeler. Tous les calculs des actuaires n'auraient rien fait pour le Corps medical, s'il ne s'était pas trouvé pour les provoquer, puis pour les utiliser, les hommes de cœur et de dévouement que sont les promoteurs des œuvres admirables, filles du « Concours médical » ; je leur apporte ici le faible témoignage de mon admiration, qui compte bien peu en regard de la reconnaissance de leurs confrères. Mais, répétons-le, sentiment et calcul, cœur et raison doivent marcher constamment unis, la raison étant du sentiment l'indispensable auxiliaire, et ceux qui l'oublient, ou qui font des calculs par à peu près, ne risquent pas seulement de dire des.... erreurs, ils risquent de faire du mal à leurs semblables.

Em. Fleury,

Ancien Élève de l'École polytechnique
Membre de l'Institut des Actuaires français.

suffit à guérir les granulations aiguës ou subaiguës. — Après s'être bien savonné les mains, on nettoie l'œil avec de l'ouate imbibée d'une solution d'acide borique ordinaire, on retourne délicatement les paupières confiées à la main gauche, on imbibe de la solution iodée le pouce libre, et avec celui-ci l'on *frotte* à plusieurs reprises les granulations, et les paupières sont refermées et sont tenues fermées 5 à 10 minutes. L'application est faite deux fois par jour. De plus, dans le milieu du jour, deux gouttes dans chaque œil. Si la réaction au médicament est trop vive, commencer par la pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 : 100. La durée du traitement peut être de 2 à 6 mois.

L'auteur affirme énergiquement ici la supériorité de l'iode sur le sulfate de cuivre ; *jamais de cicatrice*, — la conjonctive reste souple ; le sulfate de cuivre, au contraire, cautérise, racornit, durcit, raccourcit la muqueuse.

Ne doivent pas être confondues les *hypertrophies papillaires* (qui accompagnent toutes les conjonctivites chroniques et sont facilement curables) avec les *granulations vraies qui sont transparentes et d'apparence vésiculaire* formant des taches blanchâtres, rondes par opposition aux hypertrophies papillaires constituant des saillies opaques vasculaires, à reflet plutôt couleur de chair.

Gonococcisme latent chez la femme.

Au dernier Congrès d'Urologie, M. le Dr F. *Guiard*, de Paris, a exposé, sous forme de conclusions très précises, les résultats de sa pratique personnelle au sujet de la blennorrhagie féminine :

1° Très souvent, dit-il, la femme donne la blennorragie sans présenter à l'examen direct, même quand on emploie le spéculum, aucune lésion appréciable ;

2° Ce fait ne constitue cependant pas un argument décisif en faveur de l'ancienne doctrine phlogogéniste et ne prouve nullement que la maladie puisse naître d'elle-même, en dehors de toute contagion ;

3° Dans les cas de ce genre, en effet, les recherches bactériologiques démontrent fréquemment l'existence de gonocoques latents, soit dans l'urètre, soit dans le col utérin, soit dans la sécrétion des glandes vulvo-vaginales, alors que l'examen à l'œil nu ne permet de constater aucune altération ou aucune sécrétion révélatrices ;

4° La persistance du gonococcisme latent chez la femme peut avoir une durée presqu'indéfinie. On voit quelquefois, après de longues périodes, se comptant non seulement par mois mais par années, sa contagiosité, dont l'extinction semblait démontrée par l'expérience, se manifester tout à coup par de nouvelles infections ;

5° Or, le seul fait qu'un homme n'ayant eu de rapports qu'avec la même femme depuis un temps suffisant ait ainsi contracté la blennorragie, donne le droit absolu d'affirmer que cette femme, en dépit des apparences les plus rassurantes, recèle, en un point quelconque de son appareil génito-urinaire, un ou plusieurs foyers gonococciques très dissimulés sans doute, mais d'une incontestable réalité ;

6° En pratique, cette notion est d'une extrême importance, d'abord parce qu'elle nous autorise à signaler comme suspecte à nos clients la femme avec laquelle ils ont contracté leur maladie, ensuite parce qu'elle nous fournit des indications précises nous permettant, au cas où cette personne viendrait nous consulter, de reconnaître chez elle l'existence du gonococcisme latent, de déterminer sa localisation, d'instituer par suite le traitement le plus capable d'en assurer la prompte disparition et de supprimer ainsi, pour l'avenir, la menace de contaminations nouvelles.

Traitement de l'incontinence d'urine par les injections épidurales sacrées.

Au même Congrès, M. *Loumeau* (de Bordeaux) rapporte 9 cas d'incontinence d'urine traités par les injections épidurales de sérum ou de cocaïne. Dans 8 cas, il s'agissait d'incontinence nocturne infantile avec pollakiurie diurne ; dans le neuvième, l'incontinence était permanente et due à la dilatation excessive de l'urètre. Ce dernier cas resta indifférent aux injections pratiquées et ne guérira vraisemblablement pas sans une intervention chirurgicale. Les autres malades, au contraire, furent très favorablement influencés, bien qu'à des degrés divers, par la méthode de Cathelin. Quatre d'entre eux furent rapidement guéris et le sont restés depuis plusieurs mois ; les quatre autres virent seulement disparaître la pollakiurie diurne et l'un d'eux a, en outre, vu son incontinence nocturne devenir moins fréquente et plus discrète. Tous ces cas avaient précédemment été traités par les médications de toute nature généralement préconisées, en pareille circonstance. M. Loumeau pense qu'avec un peu plus de persévérance dans l'application de ce traitement, d'ailleurs très simple et inoffensif, malgré quelques petits accidents sans grande importance survenus entre ses mains, les malades de la seconde catégorie auraient guéri comme ceux de la première. Il n'a pas constaté que la cocaïne fût plus efficace que le sérum qui, dans un cas notamment, a paru nettement plus actif.

Prophylaxie de la diphtérie.

A la suite d'une récente discussion à la Société médicale du VIe arrond. de Paris, et selon l'opinion dûment motivée de M. le Dr Netter, voici quel est, pour les agglomérations d'enfants, le meilleur mode *actuellement connu* de faire une prophylaxie efficace de la diphthérie.

« Les injections préventives de sérum antidiphtérique constituant le moyen le plus sûr et plus simple de défense contre la contagion de la diphtérie, il faut employer ce moyen qui est sans danger, au moins chez les enfants.

« On ne peut que souhaiter de voir cette notion répandue dans le public extra-médical, de façon à faciliter l'exécution des conseils du médecin. La Société du VIe arrond. exprime le vœu que les bureaux de bienfaisance mettent libéralement à la discrétion du Corps médical le sérum dans le but prophylactique aussi bien que curatif. »

Selon M. Netter, avec un flacon de 10 centimètres cubes, on peut injecter préventivement quatre enfants, soit environ 2 à 3 cc. par injection. On peut sans danger aller jusqu'à 10 cc. Mais on

peut se contenter dans les cas d'épidémie de diphtérie, où il est nécessaire de ménager la provision de sérum, de deux centimètres cubes.

En ce qui concerne l'âge, il n'y a pas de différences de doses, sauf pour le nourrisson.

L'immunisation date de 24 heures après l'injection, et elle dure complète quatre semaines.

Il y a des enfants qui contractent la diphtérie avant la période d'immunisation, c'est-à-dire pendant les 24 heures qui suivent l'injection. Après cette période, c'est-à-dire après les quatre semaines, l'injection de sérum rend la diphtérie bénigne.

Il existe cependant, il faut le reconnaître, une maladie dans laquelle les injections préventives échouent : c'est la rougeole. Il faut répéter les injections et les faire à dose plus élevée. Du reste, la diphtérie qui évolue avec la rougeole est maligne.

PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Traitement du strabisme.

M. le prof. *de Lapersonne* a récemment étudié, dans une leçon clinique de l'Hôtel-Dieu (*Presse Médicale*), les indications du traitement du strabisme.

Tout d'abord, il nous faut définir exactement le strabisme.

Il y a strabisme chaque fois que les lignes visuelles ne se croisent plus sur le point de fixation. Dans cette étude, nous laisserons de côté le strabisme paralytique, facile à reconnaître par la limitation des mouvements de l'un des deux yeux et par l'existence d'une diplopie en rapport avec la déviation. Nous n'aurions en vue que le strabisme *concomitant* dans lequel les deux yeux se déplacent dans des proportions égales et *marchent ensemble*. La mesure des forces musculaires démontre en effet qu'il n'y a pas de diminution de l'action de l'un quelconque des muscles de l'œil, du moins au début, et le strabisme concomitant apparaît comme un trouble fonctionnel. Suivant le sens de la déviation, le strabisme est interne ou convergent, externe ou divergent, supérieur ou sursumvergent, inférieur ou déorsumvergent. Les deux premières variétés sont, de beaucoup, les plus fréquentes.

I

Strabisme convergent.

Pour savoir quelles sont les indications du traitement du strabisme convergent, il faut faire une enquête complète sur les facteurs étiologiques et cliniques suivants :

I. L'âge auquel a commencé le strabisme.
II. L'état de réfraction de chacun des deux yeux.
III. Leur acuité visuelle.
IV. Le degré de strabisme.
V. Les antécédents héréditaires ou personnels, en particulier, au point de vue de l'hérédité nerveuse.

I. Age du début. — Le plus grand nombre des strabismes concomitants internes débute vers l'âge de trois ou quatre ans, au moment où l'enfant commence à fixer les objets rapprochés et à fatiguer son accommodation; ce sont, le plus souvent, des strabismes hypermétropiques.

Il existe cependant un certain nombre de cas, qui peuvent être constatés dès la naissance, et sur ce nombre, un bon tiers conserve plus tard un strabisme assez accentué. Quelle est, au juste, l'origine de ce phénomène pathologique? M. Panas pensait que ce pouvait être le résultat d'une contusion du nerf moteur oculaire externe, dans sa gaîne, au niveau de son passage contre la crête du rocher, pendant un accouchement laborieux et lors de la compression du crâne au détroit supérieur.

Rarement, on voit survenir le strabisme interne à l'âge de 5 ou 6 ans, et même au delà. Mais alors, le strabisme s'établit à l'occasion d'une maladie infectieuse, d'une fièvre éruptive, d'une affection convulsive, coqueluche, chorée. On le voit se produire aussi, comme conséquence d'affections locales.

Exemple : Un enfant est atteint de cette forme de kératite ulcéreuse qui entraîne à un haut degré la photophobie, le larmoiement et le blépharospasme. Au bout de plusieurs semaines, lorsque vous êtes arrivés à vaincre ces symptômes, alors même qu'il n'existe pour ainsi dire plus de lésions cornéennes, vous êtes obligés de constater un strabisme interne permanent. Vous devez bien être prévenus de ces faits, et au besoin, avertir la famille qu'il y a prédisposition au strabisme, car on vous accuserait d'avoir, par votre traitement, fait loucher l'enfant.

II. *Réfraction.* — Nous avons dit que, dans la grande majorité des cas, il s'agissait d'yeux à réfraction hypermétropique. D'après la statistique de Donders, sur 100 cas de strabisme interne, 77 se rapportent à des hypermétropes. Suivant Stellwag von Carrion, la proportion est de 78 p. 100.

L'hypothèse de Donders est bien connue. Dans l'état normal l'accommodation et la convergence sont deux fonctions s'exerçant dans des proportions identiques : à tel effort d'accommodation doit répondre tel degré de convergence. Mais chez les hypermétropes, il y a déséquilibre entre les deux fonctions. En effet, d'après la constitution même de l'œil hypermétrope, l'accommodation doit être mise en jeu dès l'infini et augmenter de plus en plus avec le rapprochement de l'objet. Elle commence donc, alors que la convergence est nulle.

Si l'hypermétrope veut fixer un objet placé à 25 centimètres, par exemple, il est obligé de faire un effort considérable d'accommodation auquel répond un haut degré de convergence, comme si l'objet était à une très courte distance, qu'il est facile de calculer *en angles métriques*. Dans ces conditions, un œil étant dirigé vers l'objet situé à 25 centimètres, par suite du degré de convergence qui doit exister, l'autre œil viendra se placer en strabisme interne ; sa déviation sera représentée par la somme des angles métriques mesurant la convergence qui devrait se produire.

Il résulte de là que le strabisme convergent est *binoculaire* en ce sens que l'effort de convergence est reporté sur les deux yeux. Mais un œil étant obligé de se diriger vers le point de fixation, la déviation ne paraît exister que d'un seul côté.

Donders a établi, de plus, que le strabisme se

produit presqu'exclusivement dans les degrés moyens d'hypermétropie.

Toutes les causes qui nécessitent un effort plus grand d'accommodation prédisposeront au strabisme. Javal a montré, à ce sujet, l'influence de l'astigmatisme.

Au début, la déviation est *intermittente* à l'occasion de la fixation de près. Puis le strabisme devient *périodique*, après tel ou tel accident nerveux (peur, colère), enfin le strabisme devient *permanent*.

Exceptionnellement, le strabisme interne s'installe chez les myopes.

III. Acuité visuelle. — Deux conditions peuvent se produire :

a) L'acuité visuelle est égale des deux côtés, soit normale, soit diminuée d'une même quantité. Le strabisme est d'abord *alternant*, c'est-à-dire que c'est tantôt un œil, tantôt l'autre qui se dirige vers le point de fixation.

b) L'acuité visuelle est plus faible d'un côté que de l'autre. Le strabisme est alors *fixe* et c'est l'œil le plus faible qui est toujours dévié.

La diminution de l'acuité visuelle de cet œil peut tenir à diverses causes ; tout d'abord, il peut exister des lésions matérielles des milieux et membranes de l'œil : taies de la cornée, cataracte polaire, chorio-rétinite pigmentaire congénitale. D'après Jules Guérin, 22 p. 100 des yeux strabiques présenteraient des taies de la cornée ; il avait même établi toute une théorie sur ce fait d'observation.

Une raison peut-être plus fréquente de mauvaise vision est le haut degré d'amétropie et, en particulier, d'astigmatisme. Chez un malade de M. de Lapersonne l'œil strabique présentait un astigmatisme hypermétropique composé de + 6 D axe horizontal, + 1 D axe vertical.

En dehors de ces causes, faciles à reconnaître, de diminution de la vision, il existe une amblyopie par défaut d'usage (amblyopia ex anopsia), due à une sorte de torpeur de la rétine, tantôt généralisée, tantôt localisée, se manifestant dans ce dernier cas par un scotome central relatif, un rétrécissement concentrique ou un rétrécissement hémianopsique du champ visuel.

IV. Degré du strabisme. — Pour obtenir la correction de la difformité, il importe de connaître exactement la déviation angulaire de l'œil strabique. Cette mesure se fait facilement avec le strabomètre, appelé *périmètre*. On place le centre de la demi-sphère engendrée par la rotation de l'arc périmétrique exactement en face de l'œil dévié. On invite le malade à fixer un objet lumineux placé dans le plan médian, à une distance d'au moins 4 ou 5 mètres, pour annihiler tout effort d'accommodation ou de convergence. L'observateur promène une bougie allumée le long de l'arc périmétrique et se place de telle sorte que son œil se trouve sur le prolongement d'une ligne formée par la bougie et le sommet de la cornée de l'œil dévié, au niveau duquel se forme l'image réfléchie de la bougie. Avec une exactitude suffisante, cette ligne représente l'axe visuel de l'œil strabique. Il suffit alors de lire le degré de l'arc périmétrique par lequel passe cette ligne pour dire que la déviation est de 25°, 30° ou 35°.

Il sera bon de répeter cette expérience à plusieurs reprises, car nous savons que chez certains strabiques, la déviation est plus ou moins accusée suivant les moments.

Le périmètre nous renseigne aussi sur un facteur de la plus haute importance, je veux parler de la force musculaire des muscles droits internes et externes. La tête du malade étant bien immobilisée dans la position indiquée tout à l'heure et l'œil sain étant bouché, on engage le malade à suivre la bougie le long de l'arc périmétrique en dedans, puis en dehors. On peut ainsi reconnaître la déviation maxima que produisent les muscles dans toutes les directions et constituer *le champ du regard*. En moyenne, la force musculaire du droit externe doit être représentée par une déviation de 40° à 45°, celle du droit interne par une déviation de 45° également ; au-dessous de ce chiffre, la force musculaire serait diminuée ; il est facile de comprendre toute l'importance de cette constatation pour le choix du procédé opératoire.

V. Antécédents héréditaires et personnels. — Il n'est pas douteux que dans la très grande majorité des cas, il existe chez les strabiques une hérédité et particulièrement une hérédité nerveuse très accusée : épilepsie, chorée, alcoolisme des parents, dégénérescence, incontinence d'urine, etc.

Il est bon de se rappeler que l'hystérie produit parfois des spasmes strabiques musculaires, passagers, irréguliers, fugaces, qui ne sont pas justiciables d'une opération.

De ce qui précède, il résulte nettement qu'à son origine, le strabisme convergent est un trouble fonctionnel tenant moins à des altérations musculaires qu'à une incoordination de la convergence.

Pour Donders, Landolt et bien d'autres, cette incoordination a un point de départ périphérique, le défaut de réfraction, hypermétropie, astigmatisme, et les efforts d'accommodation qui en résultent.

Pour Parinaud, le strasbisme est dû à un vice de développement des centres encéphaliques coordinateurs, qui président au fonctionnement de la vision binoculaire.

Beaucoup plus tard, il se fait des rétractions secondaires portant sur le corps charnu du muscle ou sur le système des ailerons ligamenteux dépendant de la capsule de Tenon. Ces rétractions secondaires, dont l'existence n'est pas douteuse, pourront dans certaines circonstances, nous amener à modifier les opérations chirurgicales.

Traitement. A. *Traitement optique*. — S'il s'agit d'un enfant de 4 ou 5 ans, qui commence à loucher depuis peu de temps, mieux vaut, à part de rares exceptions, déconseiller l'opération. On peut espérer, en effet, que l'équilibre des forces musculaires pourra se rétablir, en corrigeant l'acuité visuelle et l'amétropie.

« Tout d'abord, on mesurera exactement l'amétropie, hypermétropie et astigmatisme ; au besoin en paralysant l'accommodation avec l'atropine ou l'homatropine. Dès que l'enfant sait lire, ou du moins reconnaître les signes des tableaux typographiques, on prendra l'acuité visuelle de chacun des deux yeux. Si la vision est à peu près égale des deux côtés, c'est avant tout à l'usage des lunettes qu'il faut avoir recours.

« Dans le choix des lunettes, on aura toujours

en vue la correction complète de l'astigmatisme. Quant à l'hypermétropie, il n'est pas absolument nécessaire de la corriger en totalité. C'est dire qu'avec une hypermétropie relative de 1,50 D à 2 D, je ne fais pas porter de verres pour la vision à distance, mais j'exige que les verres convexes soient employés chaque fois que l'enfant regarde de près, dans la maison, pendant les repas aussi bien que pendant la lecture et l'écriture. S'il y a association d'astigmatisme et d'hypermétropie, j'ai l'habitude de donner deux espèces de verres, les uns pour la distance, les autres pour le travail de près.

« En ce qui concerne l'usage prolongé des mydriatiques pour corriger la totalité de l'amétropie, je n'en ai pas obtenu de très bons résultats et, sauf quelques exceptions, je n'emploie pas ce moyen toujours extrêmement gênant pour l'enfant. Pour être efficace, il doit être employé pendant des mois et même des années sans discontinuer.

« Si, au contraire, la recherche de l'acuité visuelle révèle dès les premiers examens une diminution notable de la vision de l'œil strabique, sans lésion appréciable des milieux, il faut employer le plus tôt possible le bandeau occlusif sur l'œil sain ou *louchette imperforée*. Je me sers ordinairement d'un petit bandeau de forme ovalaire, garni de carton, en ayant soin d'appliquer directement sur les paupières une rondelle de gaze et de l'ouate, pour que l'enfant n'ait pas de tendance à regarder au-dessous de son bandeau. Au début, la louchette sera difficilement supportée plus d'un quart d'heure, trois ou quatre fois par jour, mais bientôt il sera nécessaire de la faire porter du matin au soir. Inutile d'ajouter que l'amétropie de l'œil strabique devra être exactement corrigée. Grâce à cet excellent moyen, j'ai vu des acuités visuelles remonter rapidement de 1/100 ou 1/50 à 1/4 et même 1/3 : il est facile de comprendre toute l'importance de ce résultat au point de vue du rétablissement de la vision binoculaire.

Quant au stéréoscope, dont nous aurons à parler avec grand avantage comme traitement complémentaire après l'opération, il ne m'a jamais donné de bons résultats avant l'opération. Il faut d'ailleurs reconnaître que ce moyen ne peut produire de bons effets, s'adressant à des enfants jeunes, fixant mal leur attention ou ayant une intelligence peu développée.

Le traitement médical du strabisme, il ne faut pas se le dissimuler, demandera une très grande patience, beaucoup d'attention de la part des parents et du médecin : il ne peut guère être tenté que chez les enfants qui appartiennent à des familles ayant une certaine situation sociale. D'après M. Javal, il faut compter pour le rétablissement de la vision binoculaire un temps égal à celui qu'a mis à s'installer la déviation.

B. *Traitement chirurgical.* — C'est, en moyenne, vers l'âge de dix ou onze ans que l'opération chirurgicale doit être tentée de préférence, si le traitement optique n'a pas réussi.

Les opérations destinées à faire disparaître le strabisme convergent diminuent l'action des muscles droits internes ou augmentent celle des droits externes. La ténotomie des droits internes répond à la première indication, l'avancement capsulaire ou musculaire des droits externes à la deuxième.

Quel que soit le genre d'opération choisi, il ne faut pas oublier que dans la très grande majorité des cas, pour être efficace, l'intervention doit porter sur les deux yeux. Ainsi que l'a fort bien dit M. Panas : « A un déséquilibre bilatéral, il convient d'appliquer une action correctrice également bilatérale ».

C'est par l'association des divers procédés que l'on pourra obtenir les meilleurs résultats. En tenant le plus grand compte de tous les facteurs que nous avons passés en revue, voici quelques règles qui permettent de se guider dans le choix de l'opération.

1°. — Dans les degrés très faibles de strabisme ne dépassant pas 10°, lorsque tous les exercices ne sont pas parvenus à rétablir le parallélisme des axes visuels, une ténotomie simple, unilatérale, peut suffire. Un des exemples les meilleurs que je puisse donner est celui d'une jeune fille de quatorze ans, astigmate et hypermétrope, avec une acuité visuelle à peu près égale des deux côtés, chez laquelle les exercices orthoptiques, conseillés et surveillés par M. Javal, avaient réduit la déviation de 25° à 8°. Mais ce léger degré de strabisme n'ayant pu disparaître après plusieurs années, il me suffit de faire une simple ténotomie pour arriver à une correction complète.

2° — Au-dessus de 10°, il est indispensable de faire la ténotomie des deux droits internes. Le résultat est surtout merveilleux dans les cas de strabisme alternant où les ténotomies successives échouaient complètement. De plus, par cette double opération, on obtient sur les deux yeux une égalité d'effet, une même saillie des globes, le même enfoncement de la caroncule qui évitent l'inégalité disgracieuse produite par l'intervention unilatérale.

3° — Au-dessus de 25°, à la ténotomie des deux droits internes il faut ajouter l'avancement capsulaire de l'un ou des deux droits externes, suivant le degré.

4° — Enfin, au delà de 45°, ou même au-dessous de ce chiffre, si l'examen du champ de regard indique une faiblesse marquée des droits externes, à la ténotomie des droits internes, il faut associer l'avancement musculaire d'un ou des deux droits externes.

Sans entrer dans le détail du manuel opératoire, disons que, pour faire une ténotomie complète, il est indispensable de s'assurer non seulement que le muscle a été entièrement sectionné, mais encore que les ailerons ligamenteux, dépendances de la capsule de Ténon, sont bien compris dans la section. — L'avancement capsulaire de M. de Wecker a pour but, non seulement de plisser le muscle dans sa gaîne fibreuse, ce qui tend à le raccourcir, mais aussi de relâcher le prolongement orbitaire de la capsule de Ténon qui est un véritable tendon d'arrêt, ainsi que l'a indiqué Motais. Afin de bien exécuter cet avancement, j'ai l'habitude, après avoir ouvert la gaine musculaire, de charger le muscle sur le crochet à strabisme. Je suis certain, dans ces conditions, de bien avancer le muscle et sa capsule.

Pour l'avancement musculaire, après avoir chargé le muscle et passé le fil à une assez grande distance de l'insertion tendineuse, je sectionne

le tendon au ras de son insertion scléroticale. On peut augmenter à volonté l'effet de l'opération en réséquant une petite portion du muscle en avant des fils. Ceux-ci sont alors passés sous la conjonctive au-dessus et au-dessous du diamètre vertical de la cornée. Les fils ne doivent être serrés qu'après la section du droit interne.

Ces manœuvres délicates sont toujours assez douloureuses ; dans la très grande majorité des cas, opérant sur des enfants, je préfère employer le chloroforme plutôt que l'anesthésie locale par la cocaïne, soit en instillations, soit en injection sous-conjonctivale.

L'anesthésie locale ne supprime pas en particulier la douleur au moment de la traction sur le muscle lorsqu'on le charge sur le crochet à strabisme. — M. de Lapersonne conseille, de plus, de pratiquer toutes les opérations combinées nécessaires, le même jour, en une seule séance.

En réalité, une ténotomie simple ne donne presque pas de résultat, ainsi que nous l'avons vu plus haut ; la raison en est que le strabisme est avant tout une altération fonctionnelle de la vision binoculaire, se répartissant par conséquent sur les deux yeux. La section d'un seul muscle ne va pas rompre l'équilibre de convergence établi depuis longtemps, équilibre auquel participent tous les autres muscles extrinsèques de l'œil, aussi bien le droit interne du côté opposé que les deux droits externes et même les droits supérieurs et inférieurs des deux côtés.

Pour que le résultat voulu se produise, il faut agir en même temps sur les deux muscles droits internes et, si le degré est un peu plus élevé, sur les droits externes. C'est par ce moyen seulement qu'on peut supprimer toute convergence des deux yeux.

C. *Traitement post-opératoire.* — Quelle que soit l'opération choisie, faite dans les meilleures conditions possibles, elle ne peut avoir la prétention de corriger le strabisme d'une façon *mathématique*. N'est-ce pas avec un seul et même moyen que nous cherchons à corriger des degrés de strabisme variant entre 15° et 25° ? On a essayé de faire ce que l'on a appelé le dosage de la ténotomie, en sectionnant d'une façon plus ou moins complète, le tendon et ses ailerons ligamenteux. En réalité, le meilleur dosage est, à mon avis, le traitement post-opératoire auquel on doit attacher la plus haute importance.

Il faut continuer à voir fréquemment nos opérés pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, en suivant les modifications qui surviennent, nous verrons naître des indications nouvelles. Les parents de nos jeunes malades y consentent volontiers dans la plupart des cas.

Au début, en effet, on obtient souvent une surcorrection et une divergence notable des yeux.

Dans le traitement post-opératoire, nous devons employer avec beaucoup de patience les *exercices orthoptiques* en général et les exercices stéréoscopiques en particulier.

Ils ont en vue le rétablissement de la vision binoculaire et favorisent singulièrement la correction définitive. Pour les employer, la condition essentielle est que l'acuité visuelle de l'œil strabique soit bonne, ou du moins puisse être ramenée à un degré à peu près égal à la vision de l'autre œil, par la correction complète de l'amétropie.

Il est évident que si l'acuité visuelle est très mauvaise, en raison de lésions matérielles, l'opération ne peut avoir qu'un but esthétique. Encore faut-il éviter un effort trop grand d'accommodation du bon œil, car la convergence pourrait se produire d'une façon synergique.

Il est difficile de dire la limite inférieure de l'acuité visuelle au-dessous de laquelle il est inutile de rechercher le rétablissement de la vision binoculaire par les exercices post-opératoires. Cela dépend beaucoup de ce qu'on a pu obtenir avant l'intervention chirurgicale. Je pense cependant que sans lésions matérielles des milieux et des membranes de l'œil, on peut espérer un relèvement suffisant de l'acuité visuelle sur des yeux qui n'ont pas plus de 1/8 ou de 1/10.

Dans le traitement orthoptique, après comme avant l'opération, il est indispensable de corriger les défauts de réfraction. Cela fait, on commence par l'épreuve du verre rouge qui est à la portée de tous les malades. Elle consiste à placer un verre rouge devant l'œil bon et à faire regarder une bougie allumée à quelques mètres de distance. Grâce à cet artifice, la diplopie apparaît, alors même qu'elle n'existe pas habituellement.

Supposons qu'il y ait de la diplopie croisée ; le verre rouge étant placé sur l'œil droit, la bougie rouge est vue à gauche : c'est qu'il existe un excès de divergence. Dans ces conditions, la bougie sera placée à 5 mètres et même au delà ; les deux images seront assez rapprochées l'une de l'autre jusqu'au moment où le malade pourra les réunir ou les fusionner. Rapprochons petit à petit la bougie à 4 mètres, à 3 mètres ; grâce à un petit effort de convergence, il arrive encore à fusionner les images. Ces exercices répétés plusieurs fois par jour diminuent progressivement la surcorrection.

S'il y a convergence, au contraire, la diplopie est homonyme. La bougie sera placée à 1 mètre ou même à 0 m. 50 pour permettre la fusion des images. En éloignant la bougie, on arrivera petit à petit à obtenir un certain degré de divergence.

Les exercices stéréoscopiques donnent des résultats plus considérables encore, s'ils sont faits avec patience et intelligence par les malades. Ils ont été réglés avec une grande ingéniosité par M. Javal, qui a fait éditer des séries de cartons stéréoscopiques représentant des figures d'abord très simples, à écartement variable et bien gradué, puis des caractères d'imprimerie plus ou moins compliqués qui doivent être exactement superposés dans le stéréoscope lorsque les malades arrivent à fusionner les images.

Grâce à ces exercices stéréoscopiques et à la correction de l'amétropie, nous voyons tous les jours, particulièrement dans les cas de strabisme alternant, se produire une correction complète, alors même que l'opération avait laissé un degré assez élevé de déviation.

II

Strabisme divergent.

Pour le strabisme divergent, même nécessité d'une enquête sur l'âge de début, la réfraction, l'acuité visuelle, le degré du strabisme, les antécédents nerveux.

I. Age. C'est vers l'âge de 10 à 15 ans que le strabisme divergent s'installe. Souvent il se

montre chez des jeunes gens débilités par un travail excessif, par la croissance rapide, par les maladies infectieuses et par les mauvaises habitudes.

II. *Réfraction*. Le strabisme divergent atteint les myopes dans la proportion de 66 % ; il s'agit de myopes de haut degré, ayant au moins 6 dioptries. Très souvent, le strabisme divergent est précédé par une période de temps indéterminée, au cours de laquelle le malade voyait double lorsqu'il regardait de près. C'est la période de l'asthénopie musculaire ou *strabisme latent des myopes*.

Cette fatigue des muscles adducteurs, qui précède pendant un temps plus ou moins long le strabisme divergent, a été attribuée à diverses causes. Græfe, Fuchs et d'autres auteurs pensent que l'œil devenant ellipsoïde dans la myopie, sa mobilité est moins grande et les droits internes sont obligés de faire un effort plus considérable pour faire converger les axes visuels sur le point de fixation. Landolt attribue une grande importance au rapprochement de la macula vers la papille, ce qui oblige l'œil à une rotation plus grande. Les mêmes difficultés peuvent provenir de l'écartement exagéré des centres de rotation des deux yeux ou de la divergence anormale des orbites (Emmert).

Notons d'ailleurs, que pour Parinaud, il n'y a pas, dans cette période, insuffisance des muscles droits externes, mais plutôt insuffisance purement fonctionnelle de la convergence.

III. *Degré*. Le degré sera d'abord très variable suivant les moments, pouvant aller de 10° à 25° et même plus. Puis l'œil dont l'acuité visuelle est la moins bonne se cantonnera dans l'angle externe ; le strabisme divergent atteindra facilement 40° et même 45°. La mesure du champ du regard démontre dans une période avancée une diminution très sensible de la force musculaire des droits internes. On ne saurait donc nier la cause musculaire de ce genre de strabisme.

IV. *Strabisme divergent par amblyopie*. — Il faut reconnaître que la myopie n'est pas la seule cause du strabisme externe. Dans une statistique de Horner, 29 fois, sur 100 cas de déviation en dehors, il s'agissait d'hypermétropes d'un degré élevé, dont la vision était mauvaise et qui présentaient une grande faiblesse de l'accommodation. Nous savons, d'autre part, que des yeux amblyopes depuis longtemps à la suite de traumatismes, de néoplasmes ou de toute autre cause matérielle, se placent en divergence ; on ne saurait invoquer ici la fatigue musculaire produite par l'effort de convergence ou par l'augmentation de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

C'est dans ces cas qu'on a fait intervenir la position de repos des yeux. Cette théorie a été défendue par Stilling et surtout par Stewens.

Pour maintenir le parallélisme entre les axes visuels dans la vision de loin, certains sujets sont obligés de faire un effort de convergence : à plus forte raison lorsque l'objet est placé à une courte distance Sans effort constant, les yeux seraient en divergence ; c'est ce que l'on peut vérifier dans le sommeil naturel et mieux encore dans le sommeil chloroformique. On comprend dès lors que si un œil devient amblyope, il a une tendance naturelle à reprendre sa position de repos, par conséquent à se mettre en divergence. Beaucoup d'hypermétropes ont une diposition à la divergence, contrairement à ce que l'on pense généralement, c'est ce qui expliquerait chez certains d'entre eux la production du strabisme externe.

V. *Strabisme externe congénital*. — Enfin il existe quelquefois un strabisme externe dès la naissance ne pouvant s'expliquer ni par la myopie ni par l'état amblyopique de l'un des yeux.

M. de Lapersonne en cite un exemple remarquable. Pour expliquer cette variété de strabisme il faut, selon lui, admettre un défaut congénital plus ou moins accusé du pouvoir de convergence. Il y aurait, dès la naissance, une sorte de paralysie de la convergence.

TRAITEMENT. Le traitement optique est moins souvent indiqué que dans le strabisme interne « S'il s'agit de myopie de haut degré, les premiers symptômes d'asthénopie musculaire ou d'insuffisance de la convergence devront être enrayés par l'usage de verres concaves ; non seulement, il faudra faire porter les verres appropriés pour la distance, mais prescrire également des verres plus faibles pour la lecture et le travail de près. On paralyserait au besoin l'accommodation, par l'atropine si on soupçonnait un spasme accommodatif. Il est bien entendu qu'il faudra corriger également la totalité de l'astigmatisme.

« Quant aux prismes à base interne, ils ne m'ont donné de résultats appréciables que dans un très petit nombre de cas. Ils sont très lourds, associés au verre concave, dès que la correction à obtenir dépasse 6°, même si on répartit la correction sur les deux yeux, ils produisent des irrisations sur les bords de l'objet examiné, enfin ils ne donnent une correction que pour une distance bien limitée.

« Il faut donc recourir très vite au *traitement chirurgical*. Aussi bien que pour le strabisme interne, je pense que la correction opératoire doit porter sur les deux yeux simultanément.

« Dans la variété la plus commune, strabisme divergent myopique avec faiblesse des adducteurs, il est indispensable de faire l'avancement capsulaire des deux droits internes, si le strabisme ne dépasse pas 25° ou 30° ; au delà, il faut recourir à l'avancement musculaire des adducteurs. La ténotomie des droits externes ne peut apporter à l'avancement des droits internes qu'une aide peu efficace. Sa valeur est beaucoup moindre que la ténotomie des droits internes dans le strabisme convergent. »

Dr Paul HUGUENIN

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Nous empruntons à la *Normandie médicale* le très intéressant compte-rendu qui suit, et, vu l'importance du rapport qu'il contient, nous lui sacrifions sans regret toute la place que réclame sa publication *in extenso*.

Association professionnelle des médecins de Rouen (Syndicat).

Extrait du procès-verbal de la séance du 21 juillet 1902

Présidence de M. Cerné, Président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Lecture du procès-verbal. — Le procès-verbal est adopté.

M. le Président fournit quelques renseignements au sujet de la proposition formulée antérieurement par M. Magniez. L'auteur de la proposition et l'assemblée donnent leur approbation à la conduite qui a été suivie.

Tarif d'honoraires pour les accidents du travail. — Les médecins de Fécamp ont dressé en commun un tarif d'honoraires pour les ouvriers blessés au travail. Le premier article de ce tarif, plus détaillé que le nôtre, contient cette vérité que l'on ne saurait trop faire connaître. « Tout blessé au travail a expressément le droit de choisir le médecin qui lui convient ».

L'assemblée adresse des félicitations aux médecins de Fécamp pour leur entente.

De l'opportunité de la refonte des statuts et de l'organisation d'un service de recouvrements. — M. le Président fait l'exposé de la première question ; il rappelle que des articles du *Concours médical* et de la *Normandie médicale* ont déjà mis nos confrères au courant des tendances qui se manifestent à l'heure actuelle.

Les syndicats, dont l'action est, en somme, assez considérable, et dont les services s'étendent même à ceux des membres du corps médical qui n'en font pas partie, n'arrivent pas cependant à donner tout ce que l'on attendait d'eux, et ceux qui voudraient les voir disparaître en profitent pour nier leur utilité.

M. le Président pense que c'est dans une discipline rigoureuse que nos syndicats puiseront la force qui leur est nécessaire pour préserver le corps médical contre ses ennemis du dehors et ceux du dedans.

Le syndicat des médecins de l'arrondissement de Versailles est entré dans cette voie, qui a donné des résultats si heureux aux Etats Unis.

Après une courte discussion, l'Assemblée, estimant que cette question mérite toute l'attention de l'Association, décide qu'une Commission sera nommée pour l'étudier à fond.

Cette Commission est composée de MM. Brunon, Cerné, E. Delabost, Giraud, Jude, Hue, Jeanne, Lainey, et nos conseils judiciaires.

Elle sera chargée, de plus, d'étudier l'organisation d'un service de recouvrement des honoraires. Cette dernière idée, émise par M. le Président, est aussi vivement approuvée par les membres présents.

Charlatanisme. — M. le Président signale qu'il a saisi le parquet d'un cas de charlatanisme et espère qu'il sera donné suite à ses démarches.

Le Secret et les Sociétés de Secours Mutuels. — M. E. Delabost donne lecture de son rapport sur cette question :

Dans l'avant-dernière séance, un fait exposé par M. le Président est devenu le point de départ d'une discussion relative à la délivrance aux Sociétés de secours mutuels de certificats indiquant la nature de la maladie de leurs adhérents. Vous m'avez, à cette occasion, chargé d'étudier la question du secret professionnel dans les rapports entre Médecins et Sociétés de secours mutuels.

Importance de la question. — Comme toutes celles qui touchent au secret, celle-ci est très délicate et présente une importance que ne soupçonnent peut-être pas un certain nombre de nos confrères. En effet, si, à l'heure actuelle, *toutes* les Sociétés de secours mutuels ne réclament pas de leurs médecins la déclaration de la nature de la maladie, ou du moins de certaines maladies épidémiques, c'est que le ministère de l'intérieur, sous la dépendance duquel elles sont placées, n'a pas jusqu'ici exigé d'elles des renseignements qui reposent en partie sur ces déclarations. Mais, armé de la loi du 1er avril 1898, il pourrait les contraindre à les lui fournir et, dès lors, sous peine de contrevenir à la loi et de se voir privées de l'approbation ministérielle, ainsi que des subventions et allocations spéciales dont elles bénéficient, elles seraient bien obligées de se soumettre.

Or, seraient-elles en mesure de fournir au ministère ces renseignements sans le concours des médecins ?

Mais, d'autre part, cette déclaration à une Société de la nature de la maladie ne devient-elle pas pour le médecin une source de difficultés et d'ennuis, sinon de dangers ?

En se prêtant à cette mesure, ne s'exposera-t-il pas, dans certaines occurrences, à violer le secret professionnel, à devenir l'objet de poursuites judiciaires, peut être même à se voir condamné à des dommages-intérêts ?

En s'y refusant, ne court-il pas à la fois le risque de nuire au malade et, en provoquant le mécontentement de la Société par laquelle il est agréé, de se voir privé de cette fonction et, par suite, d'une part plus ou moins considérable des produits de sa profession ?

C'est ainsi que nos obligations professionnelles, notre conscience, notre responsabilité, nos intérêts matériels peuvent se trouver en jeu.

Cette question complexe qui, à ma connaissance du moins, semble n'avoir pas été jusqu'ici étudiée dans son ensemble et n'a fait, au congrès de déontologie de 1900, que l'objet d'un simple vœu sans discussion (1), n'intéresse pas seulement les médecins de Sociétés de secours mutuels.

Alors que ces dernières tendent à substituer au système du médecin imposé celui du libre choix par les sociétaires, le corps médical tout entier peut, à bon droit, se préoccuper des difficultés qu'elles créent et de leur solution.

Je vais m'efforcer de mettre en lumière les points les plus saillants de cette question.

Dans ce but, j'exposerai successivement les obligations des Sociétés de secours mutuels, celles des médecins agréés par les Sociétés ; je rechercherai enfin comment et dans quelles conditions ces obligations, parfois contradictoires, en apparence tout au moins, peuvent se concilier de manière à ne léser aucun intérêt et à n'engager aucune responsabilité.

(1) Vœu Le Baron, de Paris. — (Compte rendu de la 1re session du congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale, page 612). Je vous prie d'émettre un vœu pour que les Sociétés de secours mutuels n'exigent plus de nous le diagnostic des maladies de ceux que nous soignons. Agir autrement serait renoncer à l'une de nos prérogatives les plus précieuses, prérogative qui est la garantie des malades... Nous avons, il est vrai, la ressource d'un diagnostic banal comme celui de « fièvre, » mais c'est là un faux-fuyant indigne de nous.

Les Sociétés allèguent qu'elles ont besoin de nos diagnostics dans un intérêt statistique. L'utilité de ces statistiques ne nous est pas démontrée. D'ailleurs, le serait-elle, que cette raison nous paraîtrait encore insuffisante pour nous autoriser à contrevenir à un de nos devoirs professionnels les plus stricts « et à violer la loi ». (Adopté à l'unanimité.)

I. — OBLIGATIONS DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

La loi du 1er avril 1898 (sur les Sociétés de Secours mutuels), à laquelle j'ai fait allusion plus haut, porte, article 7 : « DANS LES 3 PREMIERS MOIS DE CHAQUE ANNÉE, les Sociétés de Secours mutuels doivent adresser, par l'intermédiaire des Préfets, au ministre de l'Intérieur et dans les formes qui seront déterminées par lui, la statistique de leur effectif, du nombre et de *la nature des cas de maladies de leurs membres*, TELLE QU'ELLE EST PRESCRITE PAR LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892.

Ce dernier membre de phrase mérite de retenir toute notre attention, car il est le véritable nœud de la question. Il importe donc d'en établir le sens précis et d'en déterminer la portée.

Dans le texte primitif, il y avait « *la nature des cas de maladies de leurs membres* », sans rien de plus, ce qui n'est pas étonnant, car on n'avait en vue que l'établissement d'une statistique. Lors de la discussion de cet article, M. Roch, député, déposa un amendement tendant à la suppression des mots « *et de la nature* » dans lesquels il voyait « une véritable anomalie dans notre législation... une violation du secret professionnel (1) .»

En présence de ces observations, le rapporteur fit ajouter la mention « *telle qu'elle est prescrite par la loi du 30 novembre 1892.* »

L'amendement fut retiré.

Or, l'article 15 de cette loi, le seul auquel il ait pu être fait allusion, est ainsi conçu : Tout docteur, officie de santé ou sage femme, est tenu de faire à *l'autorité publique*, son diagnostic établi, les déclarations des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant :

« La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations des dites maladies. »

Donc, si, pour se conformer à la loi, des Sociétés de secours mutuels sont obligées de faire au ministère de l'Intérieur la déclaration du nombre des maladies dont leurs sociétaires ont été atteints, *elles ne sont astreintes*, en ce qui concerne la nature de ces maladies, *qu'à la déclaration des maladies épidémiques* prévues par l'arrêté ministériel complémentaire de l'article 15 de la loi du 3 novembre 1892. Et, de fait, dans les imprimés que j'ai eus entre les mains, l'administration ne demande pas d'autres renseignements, *et cela seulement une fois par an.* Est-il besoin d'ajouter que ces renseignements ne sauraient être d'aucune utilité, ni pour les Sociétés, ni même pour l'administration, qui possède ou doit posséder, de par la loi de 1892, des déclarations plus complètes ?

Les Sociétés de secours mutuels commettraient donc une erreur si elles se croyaient autorisées par la loi du 1er avril 1898 à exiger de leurs médecins, *dans tous les cas et à tout moment*, et quelles qu'elles soient, l'indication de la nature des maladies de leurs adhérents. Les médecins seraient nettement en droit de résister à ces exigences. Cependant, pour déclarer au ministère de l'intérieur, conformément à la loi, les maladies épidémiques de leurs sociétaires, il faut qu'elles les connaissent et elles ne peuvent les connaître d'une manière certaine que par les indications des médecins.

D'autre part, sans curiosité déplacée, et en vue de la confection des tables de morbidité prévues à l'article 36 de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, ces Sociétés peuvent désirer connaître aussi les autres maladies dont leurs adhérents ont été atteints.

De son côté, et à première vue, le médecin, pourvu qu'on exige pas de lui des actes que sa conscience réprouverait ou qui engageraient sa responsabilité, semble devoir être désireux de faciliter la tâche de la Société par laquelle il est agréé afin d'en assurer la prospérité. Son rôle paraît d'autant plus simple que le malade ne saurait le plus souvent y apporter obstacle, puisqu'il attend du médecin les renseignements nécessaires pour faire valoir ses droits devant la Société. On peut considérer, en effet, qu'entre les Sociétés de secours mutuels et chacun de leurs membres, il existe un contrat. En demandant à faire partie de la Société, le nouvel adhérent s'engage à accepter, en même temps que les avantages qu'il y rencontrera, les obligations qui lui seront imposées. Ce sera à lui de ne pas signer le contrat, ou de le dénoncer, s'il trouve ces obligations inacceptables.

La Société et le malade attendant du médecin ce même service, leur intérêt paraissant ainsi commun, le médecin aurait-il alors des raisons pour ne pas leur donner la satisfaction qu'ils lui demandent ?

En creusant la question, on voit que ces raisons existent. Les unes concernent les devoirs et les intérêts du médecin, d'autres l'intérêt du malade, d'autres enfin, l'intérêt général, qui doit passer avant tout.

En ce qui a trait au médecin, nous verrons par quel procédé il pourrait mettre sa responsabilité à couvert. Ce côté pratique méritera de retenir notre attention, et la question serait facile à résoudre si l'intérêt supérieur des malades en général ne venait apporter à sa solution des difficultés très sérieuses.

Une première question se pose au sujet du secret médical lorsqu'il est confié aux Sociétés de secours mutuels. Il pourrait se faire, en effet, que les sociétaires craignissent des indiscrétions qui, dans les petites localités surtout, seraient de nature à leur porter préjudice. La Société ou ses mandataires et employés se trouvent, en effet, dans certaines circonstances, en possession de secrets dont l'importance est parfois considérable pour les familles. Il est bon de remarquer, à ce sujet, qu'il n'y a pas que les *maladies* vulgairement dites *secrètes* qui nécessitent le secret et que les individus ou les familles soient intéressés à cacher. C'est pour avoir révélé, et cela nullement dans l'intention de nuire, l'existence d'un cancer dont son client était mort quelque temps auparavant, que le Dr Watelet fut condamné. La divulgation des affections mentales, de l'épilepsie, du cancer, des diverses manifestations de la tuberculose, etc., peuvent, dans certaines circonstances, causer un grave préjudice non seulement aux malades eux-mêmes, mais encore à leurs familles.

Mais, on ne doit pas l'oublier, et il faut que les Sociétés de secours mutuels le sachent bien, le médecin n'est pas seul tenu au secret ; l'article 378 du Code pénal s'applique tout aussi bien à lui qu'aux personnes chargées par la Société de procéder au dépouillement des certificats médicaux. Il est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et *autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie*, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 500 fr. »

Cet article met donc dans une certaine mesure, le sociétaire à l'abri de divulgations qui pourraient lui porter préjudice. Je montrerai dans un instant par quels moyens les Sociétés de secours mutuels pourront assurer l'exécution de cette loi et mettre leurs adhérents à l'abri de toute indiscrétion.

II. — OBLIGATIONS DES MÉDECINS.

Si les médecins peuvent sans inconvénient — nous verrons que cette opinion est très controversable — mettre les Sociétés de Secours mutuels en mesure de fournir les renseignements qui leur sont ou leur seraient demandés au sujet des cas de maladies épi-

(1) J. BARBERET. — « Les Sociétés de secours mutuels », page 118.

démiques, en dehors de ces cas quelle conduite devront-ils tenir ?

Adopteront-ils pour règle immuable un refus systématique ? Se conformeront-ils, par exemple, en ce qui concerne la délivrance des certificats, aux conseils donnés par M. Brouardel, à propos des questions de mariage. « Pour ma part, dit-il, lorsqu'une personne entre dans mon cabinet et me dit : « Docteur, ce n'est pas pour une consultation que « je viens vous trouver », je l'interromps de suite et lui dis : « Si c'est pour un mariage, ne prononcez pas de nom ; je ne réponds jamais et je ne veux pas que vous interprétiez mon silence dans un sens défavorable à la personne dont vous voulez me parler ; pour moi, le silence est une règle absolue qui ne souffre pas d'exception ». Exprimer son opinion lorsqu'elle est favorable et se taire lorsqu'elle est défavorable est inadmissible » (1).

Il est certain que si, dans tous les cas, les médecins pouvaient se retrancher derrière un *non possumus* aussi énergique, ils s'épargneraient de nombreux ennuis : mais, dans la pratique, en dehors de la question de mariage et d'une ou deux autres, on ne peut adopter comme règle un refus aussi catégorique. Ainsi que le dit le professeur Tourdes dans l'article *Secret médical* du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre : « L'accord sur le principe est unanime et cependant cette question a soulevé bien des difficultés et des controverses qui ne sont pas épuisées ; elle a été lente à s'éclaircir devant les tribunaux. A côté de la règle inflexible, du devoir immuable, se placent les exceptions possibles, les restrictions légales, une casuistique bien embarrassante par le conflit de devoirs également certains. »

Il y a donc des occasions dans lesquelles les médecins sont amenés à fournir le renseignement demandé, d'autres dans lesquelles il faudra le leur refuser. Quel sera leur guide ?

Dans ses commentaires sur la loi de 1892, M. Gaston Thomas estime que le médecin est seul juge en son âme et conscience de savoir s'il doit donner ce qu'on réclame de lui sans violer le secret professionnel.

Cette règle serait trop vague, et l'indécision dans laquelle elle laisserait fréquemment le médecin doit engager à en chercher de plus précises. Il est nécessaire, pour cela, d'instituer des catégories, et, tout d'abord, on est tenté d'établir une distinction entre : 1° les renseignements réclamés par la Société de secours mutuels et 2° les certificats réclamés par les sociétaires.

1° — *Renseignements réclamés aux Médecins par les Sociétés.*

Un membre d'une Société de secours mutuels tombe malade ; sa Société en est informée et va désirer savoir la nature de sa maladie.

J'admets, pour l'instant, que, dans ce but, elle s'adresse *directement* au médecin.

Trois cas peuvent alors se présenter :

A. La maladie est épidémique.

B. Il s'agit d'une maladie banale.

C. La maladie est une de celles qui nécessitent le secret.

A. — *Maladies épidémiques.*

Lorsque le malade est atteint d'une des affections épidémiques spécifiées dans l'arrêté ministériel du 23 novembre 1892, de prime abord, il semble que, si le médecin en fait la déclaration à la Société, sa responsabilité sera mise à couvert par l'article 7 de la loi de 1898. Mais, en examinant plus à fond la question, on peut se convaincre que la loi de 1892 n'a dégagé le médecin du secret que vis-à-vis de l'administration seule et ce, dans l'intérêt supérieur de la santé publique. L'article 7 de la loi de 1898, tel qu'il est rédigé, ne saurait justifier semblable exception en faveur des Sociétés de secours mutuels.

(1) Brouardel. — « Le Secret médical », 1893, page 41

B. — *Maladies banales.*

Il s'agit d'une de ces affections dont il importe peu au malade que sa Société et le public même apprennent l'existence (furoncle, bronchite, etc.).

Assurément, le médecin ne courrait aucun risque en la déclarant à la Société. Devra-t-il le faire, néanmoins ?

Je ne le pense pas !

S'il entre, en effet, dans cette voie de fournir *directement* à la Société le diagnostic des maladies banales, son embarras sera grand le jour où il se sera trouvé en présence d'une affection au sujet de laquelle, pour une raison quelconque, son client lui aura demandé le secret, car le seul fait d'une abstention contraire à ses habitudes pourra être interprété comme une sorte de révélation et porter atteinte, d'une manière indirecte, à la réputation ou aux intérêts du sociétaire malade.

C. — *Maladies susceptibles du secret.*

A plus forte raison, suis-je d'avis que le médecin devra s'abstenir de donner des renseignements directs à la *Société de Secours Mutuels* sur la nature de la maladie, lorsque le secret réclamé par le client lui aura fait un devoir de garder le silence.

Mais cette question est trop délicate pour que je n'aie pas cherché à m'entourer, avant de me faire une opinion, des lumières de savants, dont le nom fait autorité en cette matière. MM. Guerrier, avocat à la Cour d'Appel de Paris et conseil judiciaire de l'*Association générale des Médecins de France*, et Roturau, avocat à la Cour d'Appel, dans leur Manuel pratique de Jurisprudence médicale, disent (page 171) : « Cette indication (de la nature de la maladie) ne devrait pas être donnée davantage à l'administration d'une *Société de Secours Mutuels*, quand bien même le traitement de l'affection dont le sociétaire voudrait ainsi gratuitement se faire soigner par le médecin de la Société serait formellement exclu par les statuts. Jamais, *sans avoir été délié expressément de l'obligation du silence et cela pour chaque cas en particulier et non une fois pour toutes*, le médecin ne pourrait échapper à la responsabilité pénale ou civile que nous avons décrite. »

« Le principe du secret étant déterminé, dit le professeur Morache (1), on doit se demander si le médecin peut en être relevé, tout au moins par l'intéressé, par celui qui lui a confié ce secret, ou l'a placé dans des conditions à le pouvoir connaître.

Nous avons comparé le secret à un dépôt. Je vous reprends le dépôt : tout est réglé entre nous. C'est absolument vrai en ce qui concernerait un dépôt matériel ; ce ne l'est plus s'il s'agit d'un dépôt moral. Les parties sont dégagées, reviennent à leur situation première ; mais à cette époque, moi, le dépositaire, j'ignorais que vous eussiez quelque chose de secret ; vous me l'avez confié, je l'ai su tout le temps que je l'ai possédé dans ma conscience ; vous me reprenez le dépôt, je n'en dois plus rien savoir ; tout s'est effacé dans ma mémoire.

Le médecin doit se conformer, pour ainsi dire, au principe du secret et s'y défendre comme sur un roc, contre toutes les sollicitations, tous les assauts qu'il aura à subir.

Pour résumer, adoptons donc le principe, défendu par M. Hémar à propos de la révélation. « Le malade n'en connaît pas d'avance toute la portée ; qui sait s'il pourra porter le poids de la vérité toute entière. *Le consentement de la partie intéressée laisse au médecin toute sa liberté entière* (2). »

Quelques pages plus loin (page 271), M. le professeur Morache serre de plus près la question qui nous occupe. « Par gradations, dit-il, on arrive aux cas nombreux et variables des administrations pu-

(1) G. Morache. — « Les Professions médicales, ses Devoirs, ses Droits », Félix Alcan, éditeur, 1901, page 217.

(2) Hémar. — « Le Secret médical au point de vue des crimes, des drois et des délits. » *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2e série, tome 31, page 186.

bliques ou privées qui possèdent un service médical organisé pour employés, ainsi que des Sociétés professionnelles ou autres d'assistance mutuelle La question du secret peut à chaque instant être envisagée. Prenons un exemple : une compagnie de chemins de fer.

« Il existe dans ces compagnies une caisse de prévoyance à laquelle versent, d'une part, des employés et, de l'autre, la compagnie, suivant des proportions variables. Les malades ont droit aux soins du médecin de la compagnie, aux médicaments et à quelques autres avantages, mais seul le médecin de l'administration peut délivrer les bons de médicaments et seul donner les attestations nécessaires pour les exemptions de service. Le médecin est donc à la fois médecin, médecin imposé et expert pour le compte de l'administration.

« Or, la plupart des compagnies exigent que le diagnostic de la maladie soit fourni dans le certificat concluant à l'indisponibilité. A tout prendre, le médecin peut fournir ce renseignement, car, envoyé par la compagnie ou appelé par l'employé, il est à ce moment et essentiellement expert. Cependant, comme il est également médecin, il peut, en cette qualité, recevoir des confidences que certainement le malade ne ferait pas à un autre. Sans doute, il doit alors le secret et, suivant les cas, il peut sans subterfuge, arriver à concilier les intérêts du malade avec son devoir. La seule façon de procéder serait peut être d'avoir, dans les grandes compagnies, deux ordres de médecins : les uns qui constateraient la réalité de l'incapacité de travail et sa durée probable, les autres qui soigneraient les malades jusqu'à guérison.

« Les associations de secours mutuels garantissent d'ordinaire à leurs membres les secours médicaux, la gratuité des remèdes et une indemnité en cas de maladie, et cela avec des conditions variables suivant chacune d'elles. En général, partant d'un point de vue fort discutable, elles excluent certaines maladies spéciales des causes qui ouvrent droit à l'assistance, les maladies vénériennes en particulier. Généralement, le médecin, qu'il soit le médecin imposé par l'association ou un médecin choisi par le malade, n'est pas tenu à donner le diagnostic de la maladie ; mais dans la composition des formules thérapeutiques qu'il ordonne, on peut facilement retrouver la qualification de la maladie, que le malade préfèrerait garder secrète ! Il y a là une difficulté sérieuse ; nous estimons que le médecin, surtout s'il n'est pas qualifié par la Société, et même dans ce cas, ne manque à aucun devoir en composant deux ordonnances : l'une qui peut être mise au compte de la Société, l'autre que le malade se fera délivrer par un pharmacien de son choix et à ses frais. »

Et le professeur Morache ajoute : Ces associations de secours mutuels constituent, pour le médecin, une grosse difficulté de la pratique professionnelle. »

Dans son traité « Du Secret médical » (page 128), M. Brouardel envisage également les conséquences qui peuvent résulter (au point de vue de la conduite à tenir par le médecin), de l'exclusion de certaines maladies dans les soins à donner aux sociétaires ! « Les statuts de beaucoup de Sociétés de Secours Mutuels, dit-il, excluent du traitement donné aux sociétaires certaines maladies, notamment les affections vénériennes. Des bulletins délivrés aux médecins réservent souvent une case pour l'inscription de la nature de la maladie.

« Il me semble incontestable que, lors qu'il donne les indications qui lui sont demandées, le médecin viole l'article 378 du Code pénal.

« Je sais que l'on peut répondre que cette divulgation du secret médical résulte d'un contrat librement consenti, et plus ou moins explicite, passé entre la compagnie et ses ouvriers, ou entre les co-sociétaires d'une Société de Secours Mutuels. Cette réponse ne me semble pas suffisante. *En droit, une convention entre particuliers ne saurait annuler un article de loi*, et je suis convaincu que si l'un des contractants estimait que la dénonciation de la maladie par le médecin a porté préjudice à ses intérêts ou à ceux de sa famille, il pourrait poursuivre le médecin devant les tribunaux.

Je ne connais sur ce point qu'un jugement rendu par le Tribunal et encore le très bref compte rendu, que j'emprunte au *Concours Médical*, est trop laconique, il fournit trop peu de renseignements sur les circonstances de la cause pour que l'on puisse conclure que la jurisprudence soit fixée. Voici cette note :

« On lit dans le *Petit Nord* :

« *Violation du secret professionnel.* — A son audience d'hier, le Tribunal correctionnel a condamné « à 16 fr. d'amende le Dr D.., médecin de la Société « de Secours Mutuels d'une commune des environs de « Lille, accusé d'avoir révélé au Président de la Société une maladie secrète dont était atteint un des « sociétaires. »

« Alors même, reprend M. Brouardel, que, contrairement à notre avis, la jurisprudence déciderait que ces révélations sont licites, nous pensons qu'il y aurait un devoir professionnel à ne rien révéler. Il ne faut pas qu'au moment de confier les causes de sa maladie au médecin, le malade puisse être retenu par la crainte de la divulgation de sa confidence. Ce serait décider que, dans ces conditions, les moyens de guérison sont limités et violer la théorie acceptée par la justice elle-même, que ce qui prime tout est l'intérêt de la santé du confident.

Les citations qui précèdent montrent les difficultés souvent insoupçonnées en présence desquelles les médecins des Sociétés de Secours Mutuels peuvent se trouver. Mais il est à remarquer que nos auteurs n'ont envisagé dans les passages cités que les cas de renseignements délivrés *directement* par les médecins aux Sociétés.

La question changerait-elle d'aspect s'il s'agissait d'un certificat délivré au malade lui-même, sur sa demande, et *qu'il serait chargé de faire parvenir à sa Société* ?

La réponse à cette question fera l'objet du paragraphe suivant.

2e *Certificats réclamés par les malades.*

Dans ce cas, la responsabilité du médecin ne serait plus engagée ; et si, comme je vais le montrer, il se trouvait parfois en présence de certaines difficultés, elles seraient d'un autre ordre.

Le médecin, remettant aux mains de son client le certificat demandé par celui-ci, ne saurait être rendu responsable de l'usage qu'il en ferait, ni devenir ultérieurement l'objet de poursuites pour violation de secret, car c'est au malade alors qu'il appartiendrait de ne pas remettre à sa Société le certificat. En est-il bien ainsi ?

III. — Examen de quelques difficultés de pratique.

Cas où le malade serait atteint d'une maladie que les Sociétés excluent de l'assistance ;

Celui où le malade se trouvera dans l'impossibilité de signer la pièce destinée à sauvegarder la responsabilité du médecin ;

Celui où il y aura un devoir d'humanité à laisser ignorer au malade l'affection dont il est atteint.

1o Dans la première hypothèse, il me semble assez difficile d'établir une règle générale. Les considérations dans lesquelles entrent les professeurs Brouardel et Morache, dans les divers passages cités plus haut, permettent seulement de conclure que c'est surtout dans ces cas que le médecin devra prendre conseil de sa conscience.

C'est d'ailleurs une occasion de déclarer, au nom de tous les médecins, que les restrictions concernant certaines maladies devraient et doivent disparaître. Comment les Sociétés ne comprennent-elles pas que le médecin est amené à favoriser une fraude en ne donnant pas un diagnostic vrai, ou par son refus de certificat à désigner implicitement une de ces maladies que l'on exclut comme secrètes et honteuses ?

2o Lorsque le malade se trouve dans l'impossibilité

de donner à sa Société les renseignements qu'elle lui réclame, à titre exceptionnel, le médecin devra-t-il se substituer à son client ?

Non, évidemment, d'après ce que nous avons dit précédemment à propos des *renseignements* fournis par le médecin à la Société.

3° Dans le troisième cas, en remettant aux mains du malade un certificat sur lequel il verra inscrite une maladie dont il ne se savait pas atteint et dont la gravité lui est connue, le médecin ne s'exposerait-il pas à le plonger dans le désespoir et à accélérer la marche fatale de la maladie ?

«Au point de vue légal, écrit le professeur Morache, il ne saurait exister de secret entre le médecin et le malade, bien entendu en ce qui le concerne. Mais, très certainement, le premier n'est pas tenu à tout dire à ce dernier sur son état, sur les dangers qu'il peut courir, sur l'issue plus ou moins éloignée de la maladie. Un autre principe s'impose, celui-là tout d'humanité : celui de ne pas effrayer, de ne pas impressionner en noir l'imagination du patient. Avant tout, le médecin doit avoir assez de commisération pour ne jamais devenir l'occasion d'un découragement, d'une sensation morale pénible. Parfois, il est bien obligé de causer une souffrance physique en la faisant accepter comme une nécessité qui rapprochera la guérison ; il ne devrait jamais imposer une douleur morale.

« Les médecins perdent parfois de vue les rapports si intimes qui unissent le physique au moral chez l'homme sain et infiniment plus encore chez le malade ; sa réceptivité physique est souvent plus excitée que l'on ne le croit et on ne peut mesurer l'intensité du mal qu'un propos non réfléchi, à plus forte raison qu'une confidence décourageante, peut déterminer non seulement près de certaines natures, mais même chez les courageuses, les plus calmes en apparence, chez les plus obtuses parfois. »

Les considérations qui viennent d'être développées montrent que ni l'un ni l'autre des deux moyens indiqués pour mettre les Sociétés de Secours Mutuels au courant de la nature des maladies dont leurs membres sont atteints ne donne entière satisfaction.

Assurément, au moyen du certificat remis directement au malade et surtout s'il possède une demande écrite de ce dernier, le médecin aura sa responsabilité mise à couvert, mais peut-on considérer la question comme résolue parce que le médecin sera à l'abri des poursuites ? Assurément non. D'un autre côté, de ce que, pour certains du moins, l'habitude semble être prise de délivrer des certificats, s'en suit-il qu'il faut persévérer dans ces errements? Non encore.

Il est donc nécessaire aux Sociétés de rechercher d'autres moyens de se renseigner sur la nature de la maladie si elles persistent à désirer la connaître.

A.— *Créations de Médecins Inspecteurs.*

Pour dégager la responsabilité des médecins, les Sociétés pourraient avoir recours au procédé dont il est question dans une citation précédente du professeur Morache, la création, à côté du médecin traitant, d'un *Médecin Inspecteur* expert près la Société qui, par ses fonctions mêmes, serait déchargé de toute obligation du secret, au même titre que les médecins des Compagnies d'assurance sur la vie. Il appartiendrait aux Sociétés d'apprécier si les avantages de ce procédé compenseraient l'accroissement des dépenses qu'il occasionnerait.

B. — *Remise des diagnostics en bloc sans noms propres à la fin de l'année.*

Le second procédé consisterait dans l'adoption d'un système inspiré par l'organisation du service de la statistique municipale de la ville de Paris ainsi que par les délibérations de l'Assemblée générale de l'Association des Médecins de France du 3 mai 1886.

Le Dr Bertillon fait remarquer fort judicieusement que les noms propres ne sont nullement utiles à l'établissement d'une statistique.

Celle que la loi du 1er avril 1898 réclame des Sociétés de Secours Mutuels n'a pas non plus besoin de noms propres.

Les Sociétés n'auraient-elles pas les éléments nécessaires pour leur fonctionnement, et pour se mettre en règle avec la loi, en réclamant des médecins appelés à soigner les sociétaires ;

1° Au moment du début de la maladie, une note ou certificat indiquant que M. X.., membre de la Société de Secours Mutuels... est malade pour une durée probable de...

2° Au besoin, à la fin de la maladie, une seconde note faisant savoir que M. X... est, à telle date, en état de reprendre ses occupations.

3° Au commencement de chaque année, autant de *fiches de diagnostic* (ne portant aucun nom propre, qu'il y a eu de cerficats de maladie pendant l'année écoulée. Ces fiches de diagnostic mises sous enveloppe avec un bordereau signé du médecin comme garantie d'authenticité, ne seraient dépouillées qu'au siège central de la Société, ou même à la Préfecture chargée de les transmettre au ministère.

Un carnet à souche serait remis à chaque médecin appelé à donner des soins à des membres d'une Société de Secours Mutuels. Cette pratique simplifierait la besogne, éviterait toute cause d'erreur, supprimerait les indiscrétions, permettrait une manière de faire uniforme. Elle aurait, en outre, l'avantage de fournir à la statistique des diagnostics d'une exactitude d'autant plus rigoureuse qu'ils auraient été inscrits à la fin de la maladie et non plus au début et qu'il n'y aurait eu aucune raison de les modifier.

CONCLUSIONS

1° L'article 15 de la loi de 1898 oblige les Sociétés de Secours Mutuels à fournir une fois par an, au ministère de l'Intérieur, la statistique des maladies épidémiques, prévues par l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893, qui auraient atteint leurs membres pendant l'année, mais elle ne modifie en rien la loi de 1892 qui a relevé les médecins du secret, en ce qui concerne les maladies ci-dessus, vis-à-vis de l'administration seule et exclusivement dans l'intérêt supérieur de la santé publique.

2° Les Sociétés peuvent se procurer les renseignements qui leur seraient nécessaires, soit par la création de médecins inspecteurs, soit par des fiches de statistique impersonnelles qui leur seraient remises une fois par an par les médecins traitants.

3° La pratique de la communication directe de la nature de la maladie à la Société de Secours Mutuels et même celle de la délivrance des certificats individuels aux malades, bien que cette dernière mette facilement la responsabilité du médecin à l'abri, doivent être, dans l'intérêt général, abandonnées, car elles peuvent devenir compromettantes, dans certains cas, pour le malade.

« ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL »

N° 4851. — M. le docteur GUIMET, de Varennes-Saint-Sauveur (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire et du Syndicat de la région Louhannaise.

N° 4852. — M. le docteur DEMALDENT, de Paris, présenté par M. le docteur Lepage, professeur à la Faculté.

N° 4853. — M. le docteur Louis PETIT, de La Motte-Beuvron (Loir-et-Cher), présenté par M. le docteur Paul Petit, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur BETTINGER, de Reims (Marne), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 46 15 NOVEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La réforme de l'enseignement médical.

Les trois lettres qui suivent nous sont parvenues un peu trop tard : à l'heure même où elles paraîtront, la discussion s'ouvrira devant l'Assemblée générale. Nous n'en tenons pas moins à donner satisfaction à ceux qui les ont écrites. Il importe aussi que le rapporteur en fasse état dans la mesure nécessaire.

Voiron, 27 octobre 1902.

Mon cher Confrère,

Je profite des loisirs que me crée mon accident pour venir vous donner mon humble avis sur les réformes souhaitables dans l'enseignement médical. Médecin de campagne depuis 20 ans, ayant un fils qui va bientôt commencer ses études médicales, j'ai suivi avec beaucoup d'intérêt les diverses modifications apportées au programme de l'enseignement médical.

La plus malheureuse, à mon avis, est la création du P. C. N., qui constitue pour l'étudiant une perte de temps considérable, sans aucun profit professionnel.

Une année de plus passée à l'hôpital serait autrement profitable.

Qu'importe au jeune praticien de connaître l'anatomie de la sangsue, de savoir disséquer une cantharide ou un escargot, et de pouvoir donner la formule chimique de l'antipyrine.

Le diagnostic, chez une parturiente, d'un rétrécissement du bassin, d'une présentation de l'épaule ou du siège; le discernement entre une colique hépatique et une appendicite, le diagnostic précoce d'une fièvre typhoïde ou d'une méningite, ont autrement d'importance et seront autrement appréciés des malades et de leur famille.

Des erreurs colossales, au contraire, comme certains praticiens, issus des nouveaux programmes en commettent, disqualifient notre profession aux yeux du public, (qui en définitive juge les résultats), et tendent à abaisser le niveau social du médecin.

Le médecin doit se tromper rarement, et à cet effet il ne doit s'affranchir de la tutelle de ses maîtres et aborder la clientèle que lorsque son bagage clinique est suffisant.

Pour cela, il ne faut rien rogner sur l'hôpital et sur l'amphithéâtre qui sont la véritable école du médecin. Les cours théoriques de pathologie interne et externe sont, pour moi, inutiles.

Mieux vaut deux chaires de clinique supplémentaires.

Je me résume en disant que, pour moi, tout l'enseignement médical tient dans des livres au courant de la science pathologique, dans la clinique et dans l'anatomie apprise à l'amphithéâtre.

Tout le reste est hors-d'œuvre, bon pour des études supérieures, comportant un temps plus long que celui qui est consacré aux études médicales ordinaires.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr ROUVIER, Voiron (Isère).
Membre de l'Amicale.

Morez, le 28 octobre 1902.

Mon cher Confrère,

En ma qualité de médecin ayant un fils se préparant à la carrière paternelle, je réponds bien volontiers à l'appel contenu dans le n° 43 du *Concours*.

Vous pouvez facilement, à mon avis, arriver au but cherché, savoir :

1° Limiter le nombre des médecins ;

2° Les avoir plus instruits.

Que l'on multiplie dans les hôpitaux tant de Paris que de province les places d'internes, au besoin gratuites, en raison des besoins de la profession.

Que l'on exige de tout candidat au diplôme de docteur deux ans de stage au moins, après la 12me inscription, en qualité d'interne reçu au concours.

Le doctorat une fois obtenu avec une sévérité aux examens suffisante mais sans exagération, car il n'est pas besoin d'être transcendant pour être bon praticien, que l'on exige du futur médecin deux ans de stage comme assistant d'un praticien ayant au moins 20 ans de pratique. Et vous arriverez aux deux buts cherchés : limiter le nombre des médecins et les avoir plus instruits théoriquement, pratiquement, et déontologiquement.

Les médecins, déjà âgés prendront très volontiers, je vous assure, à défaut d'un fils, un jeune confrère qui les déchargera des corvées trop pénibles et qui pourra à l'occasion devenir un successeur ou un gendre très convenable.

Cela ne plaira peut-être pas au jeune postulant : tant mieux, ce sera une entrave de plus à la carrière.

La meilleure objection que l'on pourra faire à mon système est celle-ci : l'Etat ne voudra pas, car l'Etat c'est le client et celui-ci est plus friand de la quantité que de la qualité : que lui importe que le médecin crève de faim pourvu qu'il puisse le domestiquer à son aise?

Agréez, mon cher Confrère, mes salutations empressées.

Dr Poirson.

Monsieur le Directeur.

Répondant à votre appel, je vous apporte quelques-unes des idées que me suggèrent vos projets de réforme.

L'enseignement médical, se proposant de faire des médecins ayant également tous le même droit à *pratiquer toute* la médecine, doit être surtout *pratique, obligatoire* dans *toutes* ses parties et — pardon pour le mot — *uniforme* autant que possible, *éliminant toujours* les incapables.

Si les écoles *ad hoc* ne peuvent *suffire* qu'à mille élèves, il faut en fermer les portes aux mille et unième et suivants.

Si pourtant, ils y tiennent, ceux que vous aurez laissés à la porte pourront réclamer non sans raison un *Concours* d'admission.

Seule, la responsabilité distingue le praticien du candidat de la veille.

L'épreuve finale, éliminatoire, sera donc un *stage* avec *responsabilité* entière sous le contrôle du maître.

La *militarisation* n'est pas indispensable ; mais nous offre un bon *modèle*.

Agréez, Monsieur le Directeur, mes meilleures salutations.

Dr Coutand.
(Saumur).

LA SEMAINE MÉDICALE

La méthode de Brandt contre la stérilité.

Mme H. *Sosnowska* a exposé récemment, dans une communication au Congrès de Rome, les résultats très satisfaisants que lui a donnés la méthode de Brandt dans les cas de stérilité féminine. Tout d'abord, il est bon de remarquer, dit-elle, que beaucoup des dames qui viennent nous consulter sur les causes de leur stérilité sont dans d'excellentes conditions de santé et n'accusent aucun trouble génital bien précis.

Les organes génitaux semblent donc se trouver dans des conditions normales. Plusieurs de nos confrères consultés auparavant en ont d'ailleurs jugé ainsi.

Un premier examen semble confirmer ce diagnostic, car en introduisant le spéculum, on trouve un col petit, sans aucune lésion : au doigt, on sent l'utérus petit, complètement indolore, quelquefois en légère antéflexion. Mais, sous le massage gynécologique, on remarque que les ligaments de l'utérus ne sont pas assez élastiques ; si on pousse l'utérus de gauche à droite ou de droite à gauche, on sent un des ligaments latéraux tendu et donnant la sensation

FEUILLETON

Quelques considérations sur l'automobilisme médical.

Ce travail comprend deux parties. La première, destinée à attirer sur l'automobilisme l'attention des médecins réfractaires à ce mode de transport. La seconde, s'adressant aux confrères qui sont décidés à franchir le pas, mais n'osent le faire de crainte de se tromper, traitera du choix du véhicule et de son utilisation pratique.

Première partie.

Quelques considérations générales. Avantages et inconvénients de l'automobile envisagé comme véhicule de transport pour les médecins de petite ville et de campagne. Commodité. Sécurité. Économie.

I

A en juger par les lettres reçues depuis que le *Concours* a publié mon nom, la question de l'automobilisme médical intéresse de nombreux confrères. Le parallèle du cheval et de l'automobile a été fait maintes fois par des plumes élégantes, et presque toujours en faveur de ce dernier. Baudry de Saulnier n'hésite pas et raille gentiment le mode de transport qui suffisait à la patience de nos pères. Pour moi, après deux années d'expérience, je suis moins affirmatif et déclare nettement que la locomotion automobile, dont je reste personnellement l'adepte convaincu, peut ne pas convenir ni partout, ni à tous.

Mettons hors de cause le tourisme et la promenade. Ici point de doute. L'auto est le roi du chemin. — Pour un voyage de quelques jours, pour parcourir un certain nombre de kilomètres, quatre ou cinq cents, du point de départ au point d'arrivée, il vous donne tout ce que voulez, économie, sécurité, agrément et vitesse. En le rentrant à la remise la randonnée finie, votre mécanicien ou celui du garage le frotte, l'astique et l'explore et lorsque, dans quelques jours, vous en aurez de nouveau besoin pour votre plaisir ou pour vos affaires, vous le trouverez devant votre porte, luisant, pimpant, rasé de frais, jouant avec son régulateur comme un cheval de prix avec l'acier du mors.

Mais, lorsqu'il faut, comme nous, être prêt à toute heure, affronter tous les temps, dédaigner les cailloux étalés, honteux racommodage des chemins; sauter dans les ornières des routes campagnardes, défoncées par les roues sans pitié et sans huile des chariots mérovingiens, l'auto perd de sa belle confiance et de sa belle peinture, souvent se plaint, et parfois, comme un âne obstiné, s'arrête.

Car c'est une mécanique robuste et précise qui aime les chemins sans cahots et les mouvements puissants et doux. Toute mécanique, surtout si l'électricité capricieuse s'emploie à lui donner la vie, réclame des soins intelligents et assidus. Et de ce principe, véritable axiome, découlent, avec sérénité, deux inflexibles corollaires.

a) Il faut conduire soi-même : cette règle radicale ne souffre aucune exception. Tout automobile, confié souvent à des mains mercenaires, fût-ce celles d'un mécanicien de profession, s'ouvre en deux au vingtième caniveau.

Cette nécessité sera parfois pénible à ceux qui somnolent le soir au trot rêveur et cadencé du cheval.

d'une corde. Lorsque l'examen se fait par le rectum, on trouve une tension des ligaments postérieurs, si l'on veut pousser l'utérus de haut en bas et d'arrière en avant. Souvent aussi, l'utérus est beaucoup trop rapproché du pubis ; cette position est produite par le manque d'élasticité des ligaments antérieurs.

Afin de donner aux organes la souplesse qui leur manque, Mme Sosnowska a employé la méthode de Brandt qui a pleinement réussi, puisque sur neuf cas elle a eu neuf succès.

Ayant constaté chez les malades les mêmes symptômes, elle leur a donné les mêmes soins et toutes les neuf ont été radicalement guéries ; le temps du traitement a seul varié.

En général, le traitement, dans cette affection que nous appellerons manque d'élasticité des ligaments utérins, est long, pénible pour le médecin, parce qu'il exige beaucoup d'efforts musculaires. Le traitement en général dure un an, car on n'arrive que lentement à donner aux ligaments l'élasticité et la souplesse qui leur manquent, à les allonger, à rendre l'utérus mobile dans tous les sens : toutes ces conditions sont nécessaires pour obtenir la guérison complète de la stérilité. Mme Sosnowska conseille surtout de soigner ce genre de maladie pendant les règles, parce qu'à ce moment, les organes génitaux sont plus mous et plus accessibles au doigt. D'ailleurs, ce traitement n'exige ni repos absolu, ni changement de vie et la personne ainsi soignée peut vaquer à ses occupations.

Technique. — Chaque séance de traitement de Brandt comprend deux temps :

1° Celui pendant lequel la malade est soignée debout.

2° Celui pendant lequel la malade est soignée étendue.

Temps debout. — Avec l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin (main gauche) on saisit le col de l'utérus et on tire doucement à trois ou quatre reprises tout l'utérus de haut en bas. Ce mouvement doit être fait avec assez de vigueur, mais délicatement, pour éviter de provoquer la douleur chez la patiente.

Remarquons que chez les neuf malades précitées on a trouvé l'utérus placé trop haut. A la fin du traitement, il était suffisamment descendu et les ligaments avaient repris leur longueur normale.

Temps pendant lequel la malade est soignée étendue. — Cette seconde partie peut se subdiviser en trois temps :

1° Le massage de tous les ligaments, massage pendant lequel les ligaments reprennent l'élasticité et la souplesse qui leur manquaient.

2° Une poussée de l'utérus de droite à gauche et de gauche à droite ; cette poussée se fait en introduisant l'index gauche dans le vagin, tandis que la main droite soutient extérieurement l'utérus.

3° Bascule de l'utérus d'avant en arrière. Cette bascule est faite en introduisant dans le vagin — cul-de-sac antérieur — l'index gauche qui appuie sur le col de l'utérus d'avant en arrière et de bas en haut, tandis que la main droite suit extérieurement le mouvement du doigt à l'intérieur.

Enfin massage extérieur vibratoire du bas-ventre pour calmer la malade qui se repose pendant une demi-heure et reprend ensuite ses occupations ordinaires.

Toutes les malades soignées par l'auteur ont été guéries uniquement grâce au traitement de

---

b) Il faut s'occuper de *sa* machine bien plus que de ses chevaux. Il faut la visiter tous les jours pour qu'elle vous soit fidèle ; — de temps à autre se salir les mains à son cambouis; — vérifier ses graissages, s'assurer qu'aucun écrou n'est en souffrance, qu'aucune goupille n'appelle à l'aide. — Il faut en un mot, l'aimer, cette machine, dont chaque jour, à toute heure, vous entendrez battre le cœur d'acier. Il faut prêter l'oreille à ses plaintes, connaître le pourquoi de ses faiblesses, pardonner à ses lubies, afin de pouvoir, la main sur le volant, et le pied sur les freins, vous abandonner, confiant, à la sécurité de sa vitesse.

Si votre âge, si vos habitudes, si votre tournure d'esprit vous éloignent de ces soins et de cette attention, si vous êtes incapable de subir cette sorte de fétichisme qui lie notre âme à l'âme des choses familières, vous ne serez jamais qu'un automobiliste malheureux, quotidiennement *livré* aux furies. Mieux vaut garder Cocotte et son cabriolet.

Pour ceux qui sont disposés à se noircir de temps en temps les mains (on peut d'ailleurs mettre ses vieux gants), le problème se pose en termes d'une précision rigoureuse.

L'auto est-il plus commode que le cheval ? Est-il plus économique ?

I

Plus commode ! cela n'est pas discutable, malgré la fâcheuse réputation des pannes.

Le chauffeur que vous êtes ou que vous serez n'est ni un touriste, ni un coureur. Par définition, l'auto-touriste craint le mauvais temps, et se dissimule dès qu'il pleut. — L'auto-coureur craint les mauvais chemins, et son propriétaire voudrait que la France ne fût qu'une vaste piste sans paysans, sans canards et sans chiens. — Pour nous, médecins, l'auto qui convient le mieux est simplement l'auto-transport, et nous sommes moins emballés. — Si vite que l'on tue le temps, nous savons qu'il nous tue plus vite encore. Si bien que l'on soit dans un duc, on est encore bien mieux les pieds sur les chenêts. Puisque, professionnellement, nous devons subir les intempéries, peu nous chaut à quelle sauce et dans quel véhicule, pourvu qu'il nous protège suffisamment contre le froid excessif ou la pluie démoralisante. L'automobile part-il aussi vite, arrive-t-il aussi bien que l'hippomobile ? C'est tout ce que nous lui demandons. Tant mieux, par surcroît, s'il marche plus vite.

Toute voiture moderne et bien entretenue doit se mettre en route aux premiers tours de manivelle, sans qu'on soit obligé, à chaque démarrage, de visiter les uns après les autres tous ses organes. — Ouvrez un robinet, poussez un bouton de commutateur, donnez l'impulsion au volant du moteur, et vous partirez instantanément, à la seule condition que le véhicule n'ait pas été abandonné, à la rentrée précédente, sans sourires et sans soins, dans la remise où il grelotte !

Reste la panne, hideuse ἀνάγκη, l'arrêt en pleine route, soudain, déconcertant, fatal. Cela arrivait souvent autrefois : cela arrive moins souvent aujourd'hui. Cela, demain, n'arrivera plus du tout. La machine outil se perfectionne. L'homme, conducteur, se perfectionne aussi. Du moment que vous quittez votre remise avec un moteur bien réglé, bien allumé, bien nourri d'essence, bien abreuvé d'huile, il y a peu de raisons pour qu'il s'arrête en route. Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, votre parcours, commencé sans encombre, se terminera de même et demain vous recommencerez. Si, par hasard, la

Brandt, puisqu'avant de la consulter elles avaient suivi sans aucun résultat satisfaisant d'autres traitements tels que : injections, cautérisations, pessaires et même dilatations.

Ajoutons que pendant tout le traitement aucune inflammation ne s'est produite dans les organes du bas-ventre.

Administration trop libre de l'arrhénal.

Dans une séance de la Société du 1er arrondissement de Paris, M. le pharmacien A. Chassevant signale les graves inconvénients que présente la vente trop libre de l'arrhénal.

Il rapporte une observation typique d'un paludique, qui présenta, à la suite d'absorption d'arrhénal, des phénomènes très nets d'arsenicisme. Malgré son innocuité apparente, l'arrhénal est d'un emploi dangereux ; il peut produire des accidents chez certains malades particulièrement sensibles, et doit être administré exclusivement selon les principes de M. A. Gautier. « Souvenons-nous bien qu'il ne faut pas donner « l'arrhénal plus de 12 à 18 jours de suite, même en diminuant les doses, ou de deux en deux « jours. Sous cette forme, l'économie se surcharge toujours d'un excès d'arsenic, qu'elle n'a le « temps ni d'assimiler, ni d'utiliser, ni d'éliminer ».

En terminant sa communication, M. Chassevant ajoute : « Permettez-moi, à ce propos, d'attirer votre attention sur la facilité déplorable avec laquelle n'importe qui peut se procurer chez les pharmaciens des toxiques, sous forme de spécialités, et en mésuser.

« Je crois qu'il y aurait urgence, beaucoup plus dans l'intérêt du public que dans le nôtre, de prier le Conseil général médical de rappeler aux pouvoirs publics le danger qu'il y a à laisser vendre à tout venant des spécialités renfermant arrhénal, arsenic, digitaline, caféine, etc.

« En attendant la loi sur la pharmacie, un simple décret interdirait aux pharmaciens de vendre une spécialité qui renferme un toxique sans ordonnance de médecin. Je soumets ce vœu à la compétence de collègues plus forts en législation que je ne le suis moi-même. »

Cystocèle herniaire inguinale.

Au dernier Congrès de chirurgie, M. le D. J. Lucas-Championnière a signalé avec sa compétence toute spéciale la possibilité de rencontrer dans les cures radicales de hernies inguinales une cystocèle plus ou moins volumineuse et, par conséquent, la possibilité de déchirures ou de blessures vésicales au cours de l'opération.

« Sur plus de 900 hernies inguinales, dit-il, j'ai rencontré environ huit ou neuf fois la vessie. Cela donne une indication générale de la fréquence de cette difformité. Je n'ai vu que la vessie herniée à côté du sac séreux et non dans le sac, difformité infiniment plus rare. Je n'ai observé aucun symptôme urinaire chez les porteurs ; les hernies étaient pâteuses, irréductibles, douloureuses.

« Quoique les auteurs assignent une mortalité élevée à ces cas, je n'ai vu aucun incident. Mes opérés sont restés bien guéris. Les cas que j'ai observés me font admettre que ces cystocèles sont dues à une déformation originelle du canal inguinal et de la vessie. Quoique tardives, ce sont des hernies congénitales. Celles accompagnées de symptômes urinaires sont bien rares.

« Au cours des opérations, on reconnaît la vessie à la masse graisseuse dure et jaunâtre qui

---

panne vous atteint, sachez bien que toute voiture arrêtée n'est pas une voiture immobilisée. La plupart du temps, trembleur déréglé, bougie encrassée, accumulateur déchargé, tuyau d'essence bouché, le diagnostic est vite posé : le pronostic n'est pas grave et l'indisposition ne dure pas cinq minutes ; le temps de couper le cigare que l'on va fumer tout à l'heure.

Il existe assurément des avaries plus graves : sur route, elles sont possibles — on peut gripper son moteur, voiler sa roue, fausser une soupape, casser sa voiture, et en même temps casser sa pipe. Que voulez-vous ? Le cheval se déferre, le cabriolet verse... Cela jadis, m'est arrivé cinq fois, dont deux dans la même journée. Assis le matin sur un tas de cailloux, j'étais couché le soir dans un champ d'avoine.

Il ne faut pas, à tout propos, héraclitiser l'existence. — La panne anodine est rare. — La panne féroce est plus rare encore. Pratiquement, soyez-en certains, vous roulerez sans accroc. Et s'il en survient un, c'est presque toujours une crevaison de pneus, incident désagréable, spécial à l'auto, mais dont il ne faut pas s'alarmer outre mesure. — Si nul ne peut échapper à la menace du clou de sabot traîtreusement dressé, la pointe en l'air comme un cheval de frise, on peut du moins ne pas donner ces brusques coups de freins qui rabotent un pneu jusqu'à l'âme : on peut diminuer l'allumage au passage des pièces de cailloux, car l'excès d'avance, surtout dans les moteurs verticaux, augmente la trépidation et favorise l'usure du véhicule en général, et des pneus en particulier.

Enfin, si le dégonflement du pneu se produit, le mal n'est pas irréparable. Il est facile de démonter et de remonter un pneu en dix minutes — bien entendu, en changeant la chambre — mais il existe une autre solution : je vous affirme que, pratiquement, avec une voiture légère ou une voiturette, il n'y a pas gros inconvénient à rouler quelques kilomètres sur la jante. On roule à très petite allure en chargeant le plus possible sur le pneu demeuré intact.

Je répète qu'un véhicule bien entretenu et bien conduit connaît rarement l'excès même du malheur. Le pétrole ne cause ni plus d'incidents ni plus d'accidents que le cheval. Peut-être moins. — N'oubliez pas que le cheval, animal essentiellement médullaire, vous laisse à la merci d'une rêne mal cousue — qu'il est souvent lassé — qu'il butte parfois, chavire et se couronne — qu'il descend mal les côtes lorsqu'il n'est plus tout neuf, et qu'il les monte plus mal encore. — L'auto est un prolongement de vous-même, force vigoureuse et jamais brutale, fille de vos nerfs et de vos muscles, extériosation inconsciente de votre prudence ou de votre sang-froid, qui prend toutes les allures, accepte tous les arrêts, affronte tous les virages, subit tous les caprices et ne se révolte que devant la négligence.

D'ailleurs, le médecin qui ne parcourt guère sans arrêt plus d'une dizaine de kilomètres a ici un gros avantage sur le touriste qui demande à son moteur de souffler l'étape d'un seul coup. Personnellement, j'ai couvert, depuis deux ans passés, une moyenne de trente kilomètres par jour. Il m'est arrivé trois fois de regagner mon domicile à la queue ironique d'un cheval. Deux fois, j'aurais pu, avec un peu de patience et de sang-froid, réparer moi-même le dommage. La troisième et dernière, une dent de pignon satellite s'était guillotinée, et la voiture, à chaque tour de roues, semblait descendre un escalier...

...Un de mes confrères passait dans son cabrio-

enveloppe la saillie vésicale. Cette notion, sur laquelle j'ai appelé surtout l'attention, permet de reconnaître la vessie et de l'éviter en certains cas, comme je l'ai fait plusieurs fois.

« La réparation de la vessie doit être faite suivant le mode que j'ai indiqué pour ces cas, comme pour la taille de la vessie sans ou avec réunion immédiate (*Cure radicale des hernies*, 1892, page 260). La constitution de trois plans superposés et réunis par deux catguts m'a toujours donné les meilleurs résultats. Je considère la sonde à demeure après l'opération comme *inutile et dangereuse*. Je ne fais même pas de cathétérisme et laisse le sujet uriner à son gré, s'il n'y a pas rétention.

« Le seul cas dans lequel j'ai observé un peu d'écoulement d'urine par la plaie pendant trois ou quatre jours (sans accidents, du reste) fut un cas dans lequel le sujet avait été sondé et la vessie avait été lavée. Je draine la plaie de façon à parer à tout événement. »

Préparation du catgut souple, solide, bien résorbable.

Au même Congrès, M. Lucas-Championnière a insisté sur la nécessité de se servir de catgut bien préparé pour faire de bonnes ligatures résorbables. Il recommande de ne pas abandonner la méthode de Lister pour cette préparation du catgut.

« Le fil est souple, solide, de conservation indéfinie. Jamais je ne vois une suppuration secondaire qui lui soit due, jamais une élimination ; et la solidité des réunions profondes me paraît absolument assurée par lui.

« Le procédé primitif de préparation de Lister consistait dans l'immersion prolongée en pleine huile phéniquée au cinquième, additionnée d'une petite quantité d'eau. Après quelques mois de préparation, le fil était utilisé en le sortant de l'huile et le plongeant dans l'eau phéniquée forte. J'ai ajouté à cette préparation l'immersion, au sortir de l'huile phéniquée, dans un bain *d'essence de térébenthine*.

« La térébenthine, antiseptique puissant, assure l'asepsie de mon fil. Elle enlève l'huile qui le graisse. Elle est très commode pour le transporter, car il est indifférent que le fil y séjourne une heure ou huit jours et je le garde souvent plusieurs jours dans l'essence. En le sortant de l'essence de térébenthine, je le place, au cours de l'opération, dans un bain d'eau phéniquée au vingtième, comme le faisait Lister. Ce fil est si parfaitement résorbable qu'il est bien inutile d'en varier le numéro. Je n'emploie qu'un gros fil, sauf les nécessités rares de sutures très fines.

« J'emploie, pour mes sutures perdues, des fils très nombreux accumulés les uns au-dessus des autres. J'en ai souvent tamponné des masses importantes dans la cavité crânienne. Ce fil ne *s'élimine jamais* ; il se fond en quelque sorte avec les tissus au milieu desquels il contribue à la réparation.

« Selon moi, toutes les complications proposées pour stériliser autrement le catgut sont *parfaitement inutiles*. Si d'autres chirurgiens n'obtiennent pas ces résultats, c'est d'une part parce que leur procédé de stérilisation du fil, si compliqué qu'il soit, est très inférieur à celui-ci.

« C'est aussi parce qu'infidèles à la méthode de Lister, ils n'emploient pas les fils dans les conditions dans lesquelles ils devraient être employés. On conçoit qu'il est bien inutile pour affirmer la valeur de ce fil de faire des expériences de contrôle *in vitro*. Les conditions d'impré-

---

let. Ce fut lui qui me reconduisit, émerveillé de l'aventure, intéressé par les détails. Ses moustaches blanches couvraient un très léger sourire.

II.

L'automobile, bien au point et bien entretenu, a donc sur l'hippomobile l'avantage d'un départ plus prompt et d'une marche plus rapide. Il a l'inconvénient bien léger de nécessiter une surveillance aussi avisée que continuelle : il aurait le désagrément, plus traditionnel que réel, d'exposer aux « pannes ». Nous venons de dire qu'avec les voitures modernes, ces chances de panne étaient réduites au minimum — qu'elles survenaient la plupart du temps par suite d'une négligence, d'une imprudence ou d'un oubli — qu'elles étaient régulièrement anodines — et que les pannes féroces (par exemple, rupture d'une pièce essentielle aux organes de mouvement, de transmission ou de roulement) n'arrivaient pour ainsi dire jamais. Cependant, un confrère malheureux ou malhabile pourra, sur cette question, émettre un avis différent, tiré d'une pratique orageuse. Mais prétendre que le moteur mécanique est plus dispendieux que le moteur vivant ne peut être soutenu longtemps sans mauvaise foi ou tout au moins sans préjugé, si on ne demande à tous deux que la même chose : assurer le service journalier.

La voiture attelée comprend deux parties bien distinctes : le cheval, le véhicule. Si le véhicule, comme l'auto, admet la réparation, le cheval, de caractère plus entier, ne la supporte pas. — Je roule sur un auto : je heurte un obstacle quelconque ; je casse quelque chose ou je ne casse rien, mais je ne casse pas tout, et, sauf le cas bien extraordinaire d'une destruction complète, ma voiture, après un stage suffisant chez le constructeur. me reviendra aussi vaillante qu'auparavant. — Je roule dans un cabriolet ou dans un duc précédé d'un cheval susceptible, pour lequel les morceaux de papier tombés sur la route sont autant d'ennemis redoutables. Paf ! un écart : le cocher dormait ; moi je rêvais ; l'ensemble chavire. Mon cheval se casse une patte, une jambe si vous aimez mieux. Un généreux équarrisseur me le paie quinze francs sur le pré. Bonne journée.

Nouvelle et pesante considération. Le cheval qui ne travaille pas accepte de l'avoine et ne donne en échange qu'un fumier rare et cher. Or le service de la clientèle est sujet à des à coups continuels. Un cheval suffit presqu'aujourd'hui : demain, trois seront fatigués, il faudra passer chez le loueur. Naturellement, c'est toujours pendant les périodes les mieux remplies que les chevaux sont surmenés ; c'est toujours lorsqu'on a besoin d'eux que le cocher les trouve sur le flanc, boîteux ou malades.— L'auto, tout au contraire, s'inquiète peu de la distance à franchir. Qu'il sorte pour parcourir 10 ou 50 kilomètres, il est toujours dispos. Aujourd'hui vous lui demandez un effort, il le donne. — Demain le nombre des gens pendus à la sonnette a diminué : l'auto se repose et jeûne. Dire : je parcours en moyenne tant de kilomètres ne signifie pas grand'chose. Lundi, j'ai fait 60 kilomètres. Mardi, je me contente de circuler en ville, à pied, bien entendu, et je ne visite, au dehors, qu'une localité située à 4 kilomètres. Il est superflu de démontrer que lundi j'ai éreinté mes deux chevaux, que mardi un seul n'aurait suffi. Ce qu'il faut compter ce sont les parcours exceptionnels d'où les animaux rentrent à à peu près fourbus et dont l'auto se tire souriant, à peine un peu plus chaud que d'habitude.

gnation antiseptique dans lesquelles on les emploie rendraient négatives toutes ces expériences. Enfin l'expérience de contrôle, la meilleure, est l'expérience chirurgicale.

« Aucun chirurgien n'emploie le catgut d'une façon plus complète, en masses plus considérables que je ne le fais. J'ai placé et laissé le catgut dans toutes les régions, dans tous les tissus et dans les conditions, en apparence, les plus mauvaises. Je ne vois jamais aucune élimination de son fait. Jamais on ne le voit sortir d'une plaie neuve quelque mauvaises que soient les conditions dans lesquelles il y a été enfoui. La résistance à la résorption est juste suffisante pour assurer la solidité et la sécurité. Il est inutile de chercher à aller au-delà.

« La solution du problème de la ligature résorbable est acquise depuis longtemps. Mais elle n'est juste que pour les chirurgiens fidèles à la méthode antiseptique. L'abandon des précautions antiseptiques a compromis cette merveilleuse conquête de la chirurgie moderne. »

La néphrectomie.

D'après M. le professeur *Forgue*, dans son rapport au Congrès d'Urologie, voici quelles sont les indications opératoires de la néphrectomie pour les tumeurs rénales :

Trois éventualités cliniques se présentent, que Reyer avait déjà distinguées : 1° une tumeur coexiste avec des hématuries ; 2° la tumeur existe seule ; 3° il y a seulement des hématuries, avec ou sans crises douloureuses.

1° *Cas où une tumeur coexiste avec des hématuries.* — C'est l'hypothèse la plus simple au point de vue du diagnostic et la plus favorable au point de vue thérapeutique. L'hématurie joue le rôle de « signal symptôme », de *signal d'alarme*, qui attire l'attention du clinicien sur les reins et peut le conduire à la découverte précoce d'une tumeur en voie de progrès ;

2° *Cas où une tumeur rénale existe seule.* — Un néoplasme rénal a évolué insidieusement sans douleur, sans hématurie révélatrice : la tumeur n'est reconnue que lorsqu'elle est palpable ou visible, au-dessous du rebord costal.

Il y a grande chance, dès lors, pour que la tumeur, dont la masse principale s'est développée dans la coupole sous-diaphragmatique, soit déjà plus volumineuse qu'elle ne paraît, plus fixée qu'on ne le croit d'après sa mobilité apparente ;

3° *Cas où l'hématurie existe seule, sans tumeur.* — Ici, le diagnostic comporte de grosses difficultés, en raison de l'absence d'une tumeur palpable. Mais, par contre, en raison du stade précoce où le mal est dépisté, la néphrectomie y trouve ses plus faciles interventions et ses meilleures chances de guérison radicale. — De là, l'indication de ne jamais négliger cet avertissement qui nous est donné par l'hématurie ; d'en établir, avec autant d'exactitude que possible, la signification, et de ne point hésiter, dans l'hypothèse probable d'un néoplasme à ses débuts, à vérifier le diagnostic par l'incision lombaire et l'exploration directe du rein mis à nu, après avoir bien précisé, par la division vésicale des urines ou par le cathétérisme cystoscopique des uretères, quel est le côté qui saigne.

Contre-indications opératoires. — Elles se divisent en trois groupes : 1° celles qui viennent du rein cancéreux (adhérences massives aux tissus péri-rénaux, étendue de l'infection ganglionnaire, métastases) ; 2° celles formées par le rein congénère (bilatéralité possible du cancer, in-

---

Ces deux points dûment établis, je voudrais, avant de *mettre sur pied* un budget, traiter en quelques mots la question de l'amortissement et celle de l'assurance. Nous avons tous lu, dans le *Concours* ou ailleurs, des bilans comparatifs. Ces bilans tenaient compte d'un tas de choses et avaient la prétention injustifiable et d'ailleurs injustifiée, d'épuiser le chapitre des probabilités. Beaucoup de dépenses sont communes aux deux modes de transport. Que vous fassiez de votre domestique un palefrenier ou un graisseur, vous le paierez toujours à peu près la même chose. Que vous vous serviez d'un cercle de fer ou de caoutchouc pour sectionner un piéton, vissé sur la chaussée, il faudra toujours payer ses débris, mieux émiettés et plus chers dans le premier cas que dans le second.

Nous ne chercherons donc pas à comparer entre elles des dépenses d'ordre général, facultatives ou nécessaires, s'équilibrant d'ailleurs à peu près dans l'une et l'autre locomotion.

En fait, l'assurance du véhicule est inutile parce qu'elle est onéreuse. Si vous voulez obtenir un contrat qui vous donne une fois sur dix le droit de réclamer et une fois sur cent le droit de toucher, il faut, pour ce privilège, payer une prime fort élevée, 250 fr., en moyenne pour une assurance de 6000 frs. Vous aurez bien rarement 250 frs de réparations dans l'année. S'il s'agit d'une avarie légère, vous ne la déclarez pas pour éviter les pièces à produire, les justifications et les enquêtes. Les avaries graves ne sont pas fréquentes et généralement le paiement du sinistre, d'ailleurs laborieux, ne représente pas la valeur des primes déjà versées. Le seul cas vraiment intéressant serait celui d'une destruction totale, dans laquelle vos os seraient aussi compromis que ceux de la voiture. La compagnie stupéfaite paierait alors à votre veuve, après papier timbré, jugements, appels, cassations et rejugements, un petit quart du prix du catalogue.

Quant à l'assurance contre les risques des tiers, c'est la seule qu'il faille contracter, mais elle est plus nécessaire encore avec un véhicule attelé d'un cheval inconscient et brutal qu'avec un véhicule traîné par un moteur obéissant et souple. Cela rentre dans les frais généraux, au même titre que les autres assurances contre les risques professionnels, et je ne vois pas pourquoi nous en grèverions le budget spécial de l'auto.

Les frais d'amortissement sont réels, en principe. Pratiquement, je ne sais s'il existe un seul médecin en tenant compte. Lorsqu'il faut remplacer le cheval qui implore et trébuche, le cabriolet qui gémit, le duc vénérable déjà mille fois rapiécé, tous nous subissons sans enthousiasme cette nécessité regrettable. Nos chevaux, s'ils sont bons, s'usent aussi vite que les chevaux de fiacre : trois ans, quatre ans. S'ils sont mauvais, ils résistent plus longtemps, mais alors quel continuel martyre ! L'auto, entre les mains d'un conducteur attentif, ne se déprécie guère qu'au point de vue de la mode. Une pièce fatigue : on la change. Un pignon s'use : on le remplace. Et cette transformation perpétuelle se solde en fin d'année au compte : « Réparations ». A titre de comparaison, on peut dire qu'un cheval a perdu en cinq ans les trois quarts de sa valeur et qu'il faut bien dix ans à l'auto pour arriver à un semblable état de décrépitude. Une machine de bonne marque et surtout de bonne construction, payée 6.000 francs en 1900, vaut bien encore aujourd'hui les 2/3 de cette somme. Et si le cheval vieilli ne fournit plus de travail utile, quelle que soit l'habileté des mains qui le dirigent, l'auto qui a roulé, assagi par la route, rend à son

suffisance fonctionnelle du rein présumé sain qu'il faut préciser par l'analyse isolée de sa sécrétion) ; 3° celles qui résultent de la gravité de l'état général (dénutrition considérable, atonie du myocarde, d'autant plus redoutable que ces interventions exposent gravement au collapsus post-opératoire ; sur ses douze premières néphrectomies, Czerny compta cinq morts en quelques heures par collapsus).

Conditions opératoires spéciales à la néphrectomie pour tumeurs malignes. — La mortalité des deux méthodes extra et transpéritonéales s'équivaut actuellement. La néphrectomie extra-péritonéale est indiquée : 1° dans les tumeurs petites et mobiles ; 2° dans les formes hématuriques, sans tumeur palpable. Dans les néoplasmes volumineux, la méthode trans-péritonéale a l'avantage : 1° de conduire plus facilement à l'extirpation en bloc de la masse, sans morcellement, partant, sans risque de greffe cancéreuse ; 2° de mieux réaliser l'hémostase pendant la décortication ; 3° de procéder à une ligature méthodique et dissociée du pédicule urétéro-vasculaire ; 4° d'extirper les paquets ganglionnaires tangents aux gros vaisseaux ; 5° de parer, le cas échéant, à ces dramatiques hémorragies par ruptures des vaisseaux du hile ou déchirure de la veine cave qui risquent de laisser l'opéré sur table.

M. Forgue étudie successivement — et en basant chaque point technique sur des exemples tirés du dépouillement attentif des observations : 1° le choix de l'incision (incision longitudinale de Langenbuch, oblique de Czerny, transversale de Péan) ; 2° la décortication de la tumeur (abordée, dans le cas de néphrectomie intra-péritonéale, par l'incision du péritoine pré-rénal sur la lame externe du méso-côlon), et les difficultés de l'énucléation de la masse hémorragique et friable ; 3° la formation et la ligature dissociée du pédicule (incidents pouvant résulter soit de l extension du cancer dans les tissus adipeux de la région du hile, soit de la présence à ce niveau de masses néoplasiques occupant les ganglions ou la capsule surrénale ectopique) ; 4° l'excision des points suspects de la capsule graisseuse (qu'Israël veut voir aussi méthodique que le nettoyage du creux de l'aisselle pour le cancer du sein) et le traitement de la cavité rétro-péritonéale ; 5° les suites opératoires.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

Traitement des hémorrhagies laryngées.

Il existe deux variétés d'hémorrhagies laryngées : 1° les unes se font sous la muqueuse et ne s'extériorisent pas ; elles se traduisent objectivement par des ecchymoses, fonctionnellement par des troubles vocaux ; 2° les autres se manifestent au dehors, sous la forme d'une hémoptysie, ne se différenciant en rien d'une hémoptysie vulgaire, d'origine broncho-pulmonaire ; l'examen laryngoscopique seul permet de reconnaître leur siège dans le larynx. En général insignifiantes, et se traduisant au dehors par l'expulsion de quelques crachats sanguinolents, ces hémorrhagies prennent parfois des proportions inquiétantes, soit par leur répétition, soit par leur abondance ; elles peuvent alors nécessiter une intervention active et énergique.

Les indications thérapeutiques varient suivant l'abondance de l'hémorrhagie et la nature ou le degré des troubles provoqués par elle.

Une hémorrhagie légère, non extériorisée ou se traduisant seulement par le rejet de quelques

---

propriétaire tout autant de services aujourd'hui que naguère.

Je résume en quelques mots les divers points que je viens de développer :

I. L'auto est toujours réparable. Les morceaux en sont toujours bons, si le véhicule est brisé ; s'il n'est qu'endommagé, cas le plus fréquent, la réparation est, en général, peu importante.

II. L'auto qui ne travaille pas, s'il chôme longtemps, ne mange que la charge de ses piles ou de ses accumulateurs : s'il chôme peu de temps, il ne consomme rien du tout.

III. Assurer sa voiture est une mesure de prudence excessive. Vous aurez souvent de petits accidents que vous ne déclarerez pas. Vous aurez rarement de gros accidents, assez rarement pour qu'ils ne vous remboursent pas les primes payées.

IV. Il faut au contraire, s'assurer personnellement, assurer son domestique et s'assurer contre les risques des tiers, par un contrat sans ambiguïtés.

V. L'amortissement de l'auto se réduit à peu de choses et peut entrer presque complètement dans le chapitre : Réparations.

Occupons-nous maintenant des dépenses proprement dites de notre bête mécanique : Entretien, nourriture, réparations.

Les exigences d'une clientèle ordinaire sont à peu près les mêmes partout. La plupart des médecins ruraux possèdent deux chevaux, sortant chacun en moyenne une fois par jour, aidés, les jours de presse ou de maladie, par une rosse empruntée au loueur le plus voisin. Le budget total de cette cavalerie peut être évalué à 3.000 francs par an.

Je comprends dans cette évaluation modérée la nourriture des deux chevaux, leur entretien, les frais de maréchalerie, de vétérinaire, les locations supplémentaires, les dépenses de carrosserie, les appointements du domestique et tous les divers (éclairage, impôts, assurances, etc.).

L'évaluation globale est plus juste que l'évaluation détaillée. Toutefois, pour les confrères qui aiment les comptes précis, voici à peu près ce détail :

Hippomobile :

Nourriture de 2 chevaux. Entretien. Maréchalerie. Harnais. Vétérinaire.	2.000
Locations supplémentaires (1 cheval par quinzaine à 10 fr.)...............	260
Réparations des 2 voitures. Carrossier................................	100
Domestique. (50 fr. par mois)..........	600
Divers (éclairage, impôts, assurances — ne couvrant ni les chevaux, ni les voitures —)...................	100
Total...........	3.060

Ne tenons pas compte de ces 60 francs dans notre approximation : Ils représentent la valeur du fumier.

Le budget de l'auto est beaucoup plus facile à établir par cela même qu'il est beaucoup plus simple. Il ne comprend en effet que trois chapitres :

Consommation. — Réparation. — Domestique et divers.

Consommation. La consommation varie un peu avec le conducteur : très peu. Il n'en était pas de même autrefois avec les carburateurs à barbotage, à léchage ou à mèche. Aujourd'hui, tous les carburateurs sérieux sont des pulvérisateurs et dépensent sensiblement la même chose : 1/4 de litre par cheval et par 10 kilomètres. 100 grs. d'huile valant 18 centimes sont suffisants pour faire 60 kilomètres. Ces chiffres ne sont pas théoriques, mais expérimentaux. Un

crachats sanglants et par de légers troubles vocaux, comme c'est le cas habituel dans la laryngite dite hémorrhagique ou bien encore à la suite d'une rupture vasculaire par effort vocal chez un chanteur, cède ordinairement au simple repos de la voix. Si toutefois, après quelques jours d'expectation, l'hémorrhagie persiste ou se reproduit, il devient nécessaire d'agir directement sur la muqueuse laryngée en portant à son contact des substances hémostatiques par le procédé de *l'inhalation* ou par celui de l'*insufflation*.

Prescrivez au malade de faire quatre fois par jour, pendant cinq minutes chaque fois, une inhalation de vapeur d'eau bouillante dans laquelle il versera une ou deux cuillerées à soupe de l'une des solutions astringentes suivantes pour un bol de liquide :

a) Tannin	10 gr.
Eau	150 gr.
b) Solution officinale de perchlorure de fer	50 gr.
Eau	100 gr.
c) Teinture de cachou, Teinture de ratanhia, Teinture d'ergotine	àà 40 gr.

La solution médicamenteuse peut également être projetée, à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur (modèle de Siegle), dans le fond de la gorge, d'où des inspirations larges et profondes entraînent les vapeurs dans le larynx et la trachée.

Ces deux procédés sont d'ailleurs assez défectueux : il ne faut pas se dissimuler qu'ils ne font pénétrer que très peu de substance médicamenteuse dans les voies respiratoires. Leur seul avantage est de pouvoir être appliqués par le malade lui-même.

Les *insufflations de poudres* sont plus efficaces, mais elles nécessitent l'intervention d'un médecin, et d'un médecin exercé à la laryngoscopie. On insuffle une ou deux fois par jour à l'aide d'un tube convenablement courbé et sous le contrôle du miroir une pincée de l'une des poudres qui suivent dans l'intérieur même du larynx :

a) Tannin	1 gr.
Sucre de lait	5 gr.
b) Alun, Antipyrine, Talc	àà 2 gr.
c) Sozo odol de zinc	1 gr.
Talc	5 gr.

Suivant le siège de la lésion au-dessus ou au-dessous de la glotte, l'insufflation est faite pendant un effort vocal ou pendant une inspiration.

Dans les cas où des caillots adhérents ou bien des croûtes sanguinolentes gênent la respiration, on favorise le rejet du corps étranger, soit par de simples inhalations de vapeur d'eau qui ramollissent les concrétions et en rendent l'expectoration plus facile, soit, en cas d'insuccès des inhalations ou de besoin pressant, au moyen d'une insufflation intra-laryngée de poudre d'acide borique porphyrisée. Cette insufflation doit être précédée d'une insufflation de poudre de cocaïne, afin de prévenir la production d'un spasme réflexe au moment de l'arrivée brusque de la poudre boriquée dans le larynx. En se dissolvant au contact du mucus, celle-ci provoque une sécrétion ou plutôt une exsudation séreuse qui soulève et détache les croûtes. On pourrait à la rigueur aller détacher les caillots à l'aide d'un porte-coton, dont l'extrémité serait trempée dans de l'huile mentholée au quarantième :

---

théoricien ou un constructeur diront qu'ils sont exagérés. Encore une fois, nous ne sommes pas des touristes qui règlent leur consommation pour l'étape et, entre deux voyages, vident leurs réservoirs. Il faut que nos machines soient toujours prêtes : l'essence s'évapore, devient lourde et ne peut plus servir qu'au nettoyage : l'huile, émulsionnée par 10 kilomètres ou par 40, doit être remplacée le lendemain. Il faut donc forcer un peu les chiffres.

Quant au chapitre : *Réparations*, tous les aspirants chauffeurs ont froid dans le dos à son seul énoncé.

Tous ceux qui circulèrent sur les routes d'il y a dix ans avec des tricycles aux forces si débiles qu'on n'osait les charger d'un marteau, tous ceux qui possédèrent les antiques machines à moteur inaccessible et renfrogné, soigneusement dissimulé sous la caisse, tous ceux qui passèrent sous leurs voitures plus d'heures qu'ils n'en passèrent dessus, tous ceux-là ont évidemment garde un mauvais souvenir de la locomotion automobile. Et c'est ce que j'appelle une réputation traditionnelle, car aujourd'hui, vraiment, il n'en est plus de même.

J'ai pensé que la meilleure manière de le prouver était de mettre sous les yeux du lecteur mon compte de réparations depuis le premier janvier 1902. Il s'adresse à trois machines, dont un quadricycle, plutôt utilisé par un de mes parents et avec lequel je sors personnellement très peu.

Janvier. — Une dent cassée, non pas à un client douloureux, mais à un pignon de différentiel. Coût : 8 francs pour la pièce prise à l'usine ; 20 francs pour les journées d'ouvriers (qui peut être un simple serrurier), soit 1/2 journée pour le démontage. — 1 journée pour l'ajustage. — 1 journée pour le remontage.

Février. — Deux crevaisons ; une insignifiante réparée par mes moyens. L'autre plus sérieuse, est une déchirure de l'enveloppe (en usage d'ailleurs depuis 13 mois), causée, lors d'un dérapage, par la sortie hors la jante du pneu insuffisamment gonflé : L'enveloppe va chez Michelin, qui remplace le croissant : Coût 32 frs.

Mars. — Rien, bon mois.

Avril. Rupture de la courroie. Vous la réparez vous-même. Le mécanicien passe deux jours à chercher le pourquoi d'un refus d'allumage que vous eussiez bien trouvé si vous en aviez eu le temps. — On s'aperçoit que la came de l'allumeur est mauvaise. La plaque d'ébonite est fendue. — Coût: 4 francs pour la plaque, 15 francs pour le mécanicien.

Mai. — Mauvaise affaire. La marche arrière vous emmene un peu brusquement sur un trottoir orgueilleux qui résiste. La roue fait chapelet.

Coût : 5 francs pour la jante d'acier.
5 francs de remplacement des rayons.

Mais la roue voile : l'arbre est faussé. Il faut envoyer l'arbre au constructeur. On pourrait, à la rigueur, le faire tourner sur place : tout mécanicien, outillé comme un mécanicien de petite ville, préférera faire un arbre neuf que d'en tourner un vieux ; renvoyez au constructeur. C'est plus sûr. Ce voyage d'un morceau d'acier revient à 50 francs.

Quelques jours après, un des accumulateurs s'obstine à ne pas garder la charge. Il faut le faire soigner. Le fabricant le reprend contre un neuf.

Coût : soulte de 25 francs.

En mai toujours, la soupape d'échappement casse au collet. Cela provient d'un long service et du jeu que vous lui avez laissé prendre dans son guide ovalisé. Coût : 28 francs.

(Cet accident se produisit le soir à 8 kilomètres de Méru, dans un chemin de traverse. Le moteur s'ar-

mais ce procédé un peu brutal risquerait de provoquer le retour de l'hémorrhagie.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante et reproduit le tableau clinique de l'hémoptysie, il faut tout d'abord instituer le traitement qu'on oppose d'ordinaire à celle-ci, quelle qu'en soit l'origine : repos au lit, la tête un peu élevée, silence, glace à l'intérieur, glace sur les organes génitaux.

Une précaution importante consiste à desserrer le col de la chemise, elle peut suffire à arrêter l'hémorrhagie : Moritz Schmidt rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un curettage de l'épiglotte, présentait depuis cinq heures une hémorrhagie rebelle aux moyens habituels de traitement : s'apercevant que le malade avait le cou serré, il déboutonna le col de sa chemise et l'écoulement de sang cessa sur le champ.

Si ces moyens ne suffisent pas, si l'hémoptysie persiste ou se reproduit, il faudra agir localement en pulvérisant directement dans le larynx, sous le contrôle du miroir, à l'aide d'un pulvérisateur spécial ou d'une seringue à larynx dix à vingt gouttes d'une solution d'*antipyrine* à 1/5 ou mieux encore une solution de *chlorhydrate d'adrénaline* à 1/2000 : ce médicament, que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'employer en pareil cas, semble *a priori* trouver ici une indication formelle. La pulvérisation ou l'instillation doit être faite pendant l'émission d'un son, c'est-à-dire pendant l'occlusion de la glotte, afin que le liquide ne pénètre pas directement dans la trachée et séjourne un instant dans le larynx, d'où la toux ne tarde d'ailleurs pas à le chasser en grande partie.

Si le point qui saigne est bien limité et nettement accessible à la vue et aux instruments, on applique à l'hémorrhagie laryngée le traitement qui réussit très bien dans l'épistaxis : la cautérisation directe au *nitrate d'argent* ou mieux à l'*acide chromique* en substance. Le larynx étant au préalable parfaitement anesthésié à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1,15 dont on a laissé tombé, à l'aide d'une seringue spéciale, une trentaine de gouttes une à une sur les diverses parois de l'organe, on va toucher le point hémorrhagipare avec l'extrémité d'un stylet munie d'une perle adhérente d'acide chromique fondu : le sang cesse immédiatement de couler.

Ces divers modes de traitement ne s'adressent qu'aux hémorrhagies légères ou discontinues : ils ne sont applicables et efficaces que si le sang est assez peu abondant pour ne pas masquer à la vue des diverses parois du larynx et ne pas diluer rapidement les médicaments portés au contact de la muqueuse.

Les hémorrhagies abondantes ne permettent pas de songer tout d'abord à l'emploi des hémostatiques : une indication plus pressante est fournie par la menace d'asphyxie. Que celle-ci soit due à l'infiltration du sang sous la muqueuse ou à sa chute dans la trachée, la *trachéotomie* s'impose.

En cas d'hémorrhagie sous-muqueuse, cette opération palliative donnera le temps d'attendre la cessation spontanée de l'hémorrhagie et la résorption de l'épanchement. En cas d'hemorrhagie intratrachéale, elle ne parera au danger de suffocation que si l'on dispose d'une canule-tampon (canule de Trendelenbourg) ; si l'on n'a à sa disposition qu'une canule ordinaire, il faudra, aussitôt celle-ci mise en place, faire un *tamponnement du larynx* à la gaze, soit de haut en bas par la voie buccale, soit de bas en haut par la plaie cervicale ; le larynx sera détamponné au bout de douze à vingt-quatre heures ; à ce moment, on

---

rêta : la voiture aussi. Quinze minutes après, la soupape de rechange avait pris la place de l'autre).

Juin-Juillet. — N'amènent que de petits accidents. Coût 12 francs.

Août. — Rien de sérieux : une crevaison par clou ; dommage réparé sur place en 20 minutes.

Il faut toutefois changer l'anche de la corne d'appel, aussi inutile que réglementaire. Coût : 2 francs.

Septembre. — Le plus gros ennui et la plus grosse dépense. — Le domestique, qui commence à conduire, embraye brutalement, la marche arrière oubliée. Il fausse le levier, couche toutes les dents d'un pignon de renvoi. Le constructeur vous fait attendre onze jours un pignon de remplacement. La machine reste démontée quinze jours.

Cet accident, véritablement fâcheux et dont la machine n'est pas responsable, comporte une robuste facture de 120 francs.

Octobre. — Remplacement d'un trembleur : réparation chez Michelin d'une chambre à air. Remplacement d'un compas à la capote. Coût : 16 fr. 70.

Pendant les dix premiers mois de 1902, le chapitre : « Réparations et accidents » m'a donc coûté 342 fr. 70. Or c'est là une très mauvaise année. Un conducteur qui embraye sur sa marche arrière et qui force comme un éléphant est tout juste bon pour faire un cocher. — Et pareil événement ne se fût point produit si j'avais suivi le conseil que je donnais aux autres : conduire soi-même.

Divers. Les frais divers et ceux occasionnés par le domestique sont les mêmes.

Les impôts grèvent un peu plus l'automobile. L'éclairage peut être semblable. L'acétylène, mode agréable et sûr, mais non indispensable, éclaire mieux que le pétrole et ne coûte pas plus cher. — Nous en reparlerons dans la causerie prochaine.

En ce qui concerne le domestique, tous les avantages sont du côté de l'auto. — Le béotien le plus épais apprend en quinze jours tout ce que vous désirez qu'il sache : faire le plein des réservoirs, s'occuper de l'entretien général, démonter et remonter un pneu. Si vous le conservez quelque temps à votre service, il ne tarde pas à s'intéresser à son nouveau métier et parle avec dédain des « étrilleurs ». Enfin, dans certains cas, un groom de quinze ans pourra très bien assurer le service et ceci devient, au point de vue du personnel, le point de départ d'une économie considérable.

Le budget de l'automobile sera donc le suivant :

I. Consommation (p. 10.000 kil. parcourus.)

a) Essence	500.
b) Huile, graisse, pétrole	200.

II. Réparations.

III. Domestiques et divers (Eclairage, impôts, etc.)

Nous n'arrivons pas à 2000 francs. Si nous tenons compte que, dans ce devis, les frais de réparations sont plutôt élevés, la dépense totale n'excède pas 1800 francs.

On peut affirmer qu'un médecin possesseur de deux chevaux fera une économie annuelle de 1000 francs, s'il se décide à se servir d'autos. L'économie sera de 2000 fr. pour le médecin qui employait trois chevaux.

Aux yeux des personnes qui ont un parti pris contre ce mode de locomotion, une dépense aussi réduite semblera dérisoire. Et cependant, ce n'est encore là qu'un coin de la vérité. Personnellement, je dépense moins. Depuis plus d'un an, j'ai pris l'habitude de mettre, tous les premiers du mois, 120 francs dans une caisse spéciale. Je paie tout comptant,

pourra peut-être, si l'hémorrhagie tend à reparaître, l'arrêter par l'emploi des moyens locaux d'hémostase que nous avons décrits plus haut et que les accidents de suppuration avaient auparavant empêché d'appliquer.

Une dernière ressource en cas d'hémorrhagie rebelle à toutes les méthodes de traitement que nous préconisons est la *laryngofissure*. Le larynx étant incisé sur la ligne médiane, on écarte les deux lèvres de la plaie et l'on va toucher directement au galvano-cautère ou à l'acide chromique en substance le point qui saigne. Le cas échéant on saisirait à l'aide d'une pince hémostatique le petit vaisseau ouvert et on le tordrait ou on le lierait. Dans le cas où le sang proviendrait d'une tumeur vasculaire (angiome, polype), la thyrotomie permettrait d'extirper radicalement celle-ci et de faire cesser ainsi une hémorrhagie récidivante et rebelle épuisant le malade et pouvant devenir menaçante pour son existence.

Dr Maurice Boulay,
ancien interne des hôpitaux.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'Arrondissement de Versailles.

Assemblée générale du 9 octobre 1902.

Présidence de M. le Dr Jeanne.

La séance est ouverte à 8 heures, dans un des salons de l'hôtel Terminus.

Presque tous les membres du Syndicat sont présents, au nombre de 59, sur 66.

Sont seuls absents : MM. les docteurs Dupaigne, et Le Menant des Chesnais, malades ; André Calbet, Faraggi, Triger, excusés : Amouroux, Nollet, non excusés.

Assistaient en outre à la séance : MM. les docteurs Toussaint, d'Argenteuil, et Rétaly, de Sannois ; M. de Fourmestreaux étudiant en médecine, fils de notre regretté président d'honneur, et Me Simon, notre dévoué conseil judiciaire.

La mort du Dr de Fourmestreaux.

M. le Président donne d'abord la parole à M. le docteur Rist, chargé de représenter le Syndicat aux obsèques de M. de Fourmestreaux.

M. Rist rappelle en termes émus ses rapports amicaux avec le défunt, la vie de ce dernier à Trappes et à Versailles, le rôle prépondérant et modeste à la fois qu'il a joué au Syndicat, à l'Union des Syndicats, à la Société locale de l'Association générale, au *Concours médical* et à toutes ses œuvres filiales. Il rappelle l'amitié, la vénération même dont de Fourmestreaux fut entouré pendant toute sa belle carrière par tous ses confrères devenus ses camarades et ses amis. Il le montre à ses dernières semaines plus courageux, plus énergique que jamais, malgré le mal qui le rongeait. Il le fait voir à ses derniers moments entouré par tous ses amis, soigné par tous ses confrères avec un dévouement et une abnégation tels qu'on en voit rarement. Pour terminer, M. Rist donne au Syndicat lecture de l'éloge funèbre qu'il a prononcé sur la tombe de De Fourmestreaux.

Le Syndicat tout entier applaudit aux paroles de M. Rist, et s'unit à lui pour manifester solen-

---

absolument tout. A l'heure actuelle, il me reste dans cette caisse un peu plus de 400 francs.

Il est vrai que les appointements de mon domestique sont comptés en dehors. Mais enfin, depuis douze mois, j'ai dépensé, tous frais compris par ailleurs, un peu plus de 1000 francs. Or je dois satisfaire aux exigences d'une clientèle plutôt forte, et mon parcours moyen est celui que j'ai choi si pour type.

En résumé, le transport par automobile est, à tous points de vue, supérieur à son rival, le transport par hippomobile, qui n'a pour lui que son antiquité. Je sais bien que la routine est une force créée par le temps et que le temps seul détruit. Il y a quelques années, en plein Soudan de la boucle du Niger, je disais à des noirs qui s'entêtaient, devant des métiers importés de France, à se servir de leurs vieux instruments :

« Pourquoi ne te sers-tu pas de nos métiers ? Tu irais plus vite et tes bandes d'étoffe seraient plus larges, toute n'étant mieux faites ».

« Je sais bien, toubab, mais mon père faisait comme ça et mon grand-père faisait aussi comme ça ».

Que répondre ? Attendre simplement la leçon des faits : tâcher de hâter leur éclosion, et dire :

L'auto va plus vite, il dépense moins. — S'il a rarement des pannes, le cheval a souvent des coliques. Et véritablement, l'arrêt en pleine route, l'arrêt forcé est exceptionnel. Lorsqu'il se produit, la plupart du temps bien des signes précurseurs vous l'avaient annoncé. Vous n'avez pas écouté, vous n'avez pas entendu. Sauf le cas de rupture d'une pièce, accusez hautement ces deux vertus humaines : l'insouciance — l'ignorance. Elles fabriquent à elles seules les trois quarts du hasard et les quatre quarts de la guigne.

Et même, si, complètement deshérité du bonheur, vous devez passer au bord d'un fossé, une demi-heure tous les huit jours, ce temps perdu une fois n'est rien en comparaison du temps gagné toujours, — au moins deux heures. — Deux heures ! c'est quelque chose pour le médecin de campagne, forçat méconnu des grand'routes. — Pour les célibataires, ce sont deux heures de liberté. Pour ceux qui sont mariés, c'est, au foyer rallié plus tôt, le bonsoir joyeux des enfants.

Il me reste à parler du véhicule lui-même, et à dire comment on peut en tirer le meilleur parti possible. Je n'ai point la prétention d'apprendre quelque chose à de plus savants que moi. Mais il en existe de plus ignorants. Les lettres que j'ai reçues témoignent parfois d'une si naïve confiance envers le véhicule de rebut offert par l'intermédiaire d'un ami, d'une ignorance si complète pour toutes les contingences de la question dont je viens d'exposer les grandes lignes, que je crois rendre service à beaucoup en les mettant en garde contre les aventures.

Car les pages qui précèdent s'appliquent à l'automobilisme pratiqué avec des voitures modernes, et non pas avec ces premiers véhicules, œuvres de tâtonnement et d'essai, que l'on voit encore aujourd'hui, tantôt roulant sur la chaussée dans un grand bruit de ferraille..., tantôt inertes et silencieuses, halées le long d'un fossé, tandis qu'autour d'elles s'agitent désespérément des êtres pleins de cambouis et de mauvaise humeur.

(A suivre.)

Dr Coup.

nellement tout le regret, toute la douleur qu'il éprouve de la perte du défunt, toute l'admiration qu'il ressent pour sa vie, toute la vénération qu'il gardera à sa mémoire.

Présidence d'honneur.

M. le Président rappelle que la mort de Fourmestreaux laisse vacante une des deux présidences d'honneur, et propose au Syndicat d'y porter M. le docteur Rist.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité aux applaudissements de l'Assemblée, à laquelle M. le Dr Rist adresse avec émotion ses remerciements.

Fondation de Fourmestreaux : les Pupilles du Syndicat.

M. le Président propose ensuite, pour honorer la mémoire du défunt, la création au sein du Syndicat, du groupe des *Pupilles*, qui sera recruté parmi les étudiants en médecine fils de médecins, et qui portera le nom de « *Fondation de Fourmestreaux* ». En tête de ces pupilles sera inscrit le nom de M. Jacques de Fourmestreaux.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité avec applaudissements.

M. Darin, ancien président, présente son fils, étudiant en médecine, comme pupille du Syndicat.

M. Darin fils est nommé pupille à l'unanimité.

M. le Président. — Ces pupilles auront le droit d'assister gratuitement à nos séances et à nos banquets. Ils auront le devoir de répandre parmi leurs camarades d'école l'esprit syndical, et de faire connaître en particulier notre Syndicat pour y amener le plus d'adhérents possible. (*Très bien.*)

Le rapporteur du Conseil de famille.

M. le Président propose ensuite de faire entrer dans le Conseil de famille, en remplacement de de Fourmestreaux, M. le Dr de Grissac, qui, très compétent dans les questions d'ordre litigieux, serait nommé rapporteur permanent. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr de Grissac adresse à l'Assemblée ses sincères remerciements.

Nos rapports avec la Mutualité scolaire.

M. le Président. — Messieurs, deux confrères étrangers à notre Syndicat, MM. les docteurs Toussaint, d'Argenteuil, et Rétaly, de Sannois, deux vaillants défenseurs de la Mutualité et présidents de Sociétés mutuelles, ont bien voulu venir assister aujourd'hui à notre réunion pour y exposer et y défendre au besoin leurs idées dans la question de la Mutualité scolaire, qui est à notre ordre du jour. Vous savez tous que nous sommes les fervents adeptes de toute Mutualité, que nous en faisons tous les jours, et que rien de ce qui regarde la Mutualité ne nous est étranger. Vous savez que la question des rapports entre le Corps médical et les Sociétés de secours mutuels a été agitée ici même à maintes reprises, et que le Syndicat a résolu la question de la façon suivante : A. Le Syndicat n'admet pas que le Bureau d'une Société de secours mutuels vienne se placer en intermédiaire entre le client mutualiste et son médecin pour porter atteinte à l'indépendance ou aux intérêts de ce dernier ou même des deux ; B. Le Syndicat repousse en principe le règlement des honoraires médicaux par abonnement ; il est partisan du tarif à la visite avec une réduction globale des mémoires de tous honoraires de 25 % sur le prix minimum du tarif ouvrier de la région ; C. Il est enfin décidé à repousser de toutes ses forces, toujours et partout, cette réduction d'honoraires, chaque fois qu'il s'agit de mutualistes aisés ne rentrant pas dans la définition si précise que De Fourmestreaux nous donnait du Mutualiste, c'est-à-dire « le travailleur que la maladie, l'infirmité, ou le chômage involontaire peuvent mettre dans la misère à bref délai » ; tous les mutualistes ne rentrant pas dans cette définition doivent payer le tarif ordinaire appliqué à leur situation sociale.

Tels sont, mes chers confrères, les trois décisions que vous avez prises dans vos assemblées d'octobre 1900, janvier et avril 1901. Je les rappelle pour les faire connaître à MM. Toussaint et Rétaly.

Mais je rappelle aussi que, lors de votre organisation en groupes régionaux, il a été décidé que chaque groupe pourrait traiter avec les Sociétés mutuelles de sa région, au mieux de ses intérêts particuliers, sans se croire lié par les décisions du groupe voisin, à la condition toutefois que les transactions de chaque groupe seraient ratifiées par l'Assemblée générale suivante (décision de l'Assemblée du 10 janvier 1901).

Je donne maintenant le parole à M. Rétaly, qui est toujours dévoué à la cause médicale, bien qu'il n'exerce plus, pour qu'il nous dise comment il comprend la Mutualité scolaire dans ses rapports avec le Corps médical.

M. le Dr Rétaly expose comment s'organise dans sa région la Mutualité scolaire : Ces sociétés prennent les enfants de 6 à 13 ans ; de 13 à 18 ans, ces enfants, deviennent les pupilles des sociétés adultes où ils entrent dès leur dix-huitième année.

Pour le règlement des honoraires médicaux, il est évident que les Bureaux de Sociétés Mutuelles préfèrent le principe de l'abonnement, pour savoir comment équilibrer leurs budgets ; d'autre part, beaucoup de médecins préfèrent le paiement à la visite, comme plus équitable. La question est très simple ; comme nous autres présidents de Sociétés Mutuelles, nous ne pouvons nous passer du Corps médical, celui-ci n'a qu'à nous demander comment il entend être payé, et nous finissons toujours par lui accorder ce qu'il demande. Dans ma société de Sannois, je paie certains confrères à l'abonnement, d'autres à la visite ; mais il faut dire que ce résultat, je l'ai obtenu parce que, quoique Président de la société, je suis médecin, et j'ai su défendre les intérêts du Corps médical ; et je ne saurais trop recommander aux médecins d'envahir les Bureaux des Sociétés Mutuelles ; eux mieux que tous autres sauront les administrer et éviter les perpétuels conflits qui éclatent entre sociétés et médecins. Ce que nous demandons, c'est une entente absolue entre le Corps Médical et la Mutualité ; il suffit de le vouloir pour y arriver. Le médecin doit être l'ami de la Société Mutuelle.

M. Toussaint. — Mes chers confrères, j'irai plus loin que mon ami M. Rétaly, et je dirai que le médecin doit être le directeur et le Maître des Sociétés Mutuelles. Quand je suis entré à la Société que je préside à Argenteuil, nous avions

3 fr. à l'abonnement ; à force de luttes, de douceur, de diplomatie, j'ai obtenu progressivement 4 fr. 5 fr. 6 fr. et j'ai exclu de nos sociétés comme participants les membres riches qui ne pouvaient que nous nuire. J'ai donc, presque seul, appliqué votre programme, sauf le tarif à la visite. Mais je prétends que le prix de 6 fr. est très rémunérateur, et que, d'autre part, l'abonnement sauvegarde davantage la dignité du médecin que le mutualiste ne peut changer tous les 8 jours, comme il ne se prive pas de le faire, si on applique le tarif à la visite. Quant à moi, quoique mon avis ne rencontre peut-être pas beaucoup d'adeptes parmi vous, je suis partisan convaincu de l'abonnement, et j'aime assez que nos médecins soient *un peu* nos gendarmes ; de cette façon ils dirigent, ils canalisent mieux le mouvement mutuel au grand profit de tous.

A Argenteuil, 1.000 enfants manquaient de soins faute d'argent ; c'est ce millier que nous embrigadons dans la mutualité scolaire, et ils nous paieront 1 fr. 50 la visite, prix adopté par tous les confrères de la région ; vous voyez qu'en ce qui concerne seulement la Mutualité scolaire, nous sommes tout à fait d'accord avec le syndicat.

M. le Dr Grissac. — Nous sommes tous Mutualistes ici, mais je ne suis pas de l'avis de mon confrère M. Toussaint. En réalité, les intérêts des mutualités et des médecins sont opposés ; car, par le système à l'abonnement, le mutualiste trouve que le médecin ne fait jamais assez de visites, et par le système à la visite le trésorier de la société trouve toujours qu'il en fait trop. Mon confrère M. Toussaint a une situation privilégiée que nous ne pouvons pas tous avoir : il est président de sa société, et il obtient d'elle tout ce qu'il veut : c'est très bien, c'est parfait, mais c'est rare ; et il y a beaucoup de sociétés mutuelles où les choses vont tout autrement.

D'autre part, je prétends, que le système à la visite est le seul juste et équitable, et que, pour cette seule raison, il doit ou devrait être le seul en vigueur, quelles qu'en soient les conséquences de recettes pour le médecin, ou de dépenses pour la caisse.

J'ajoute que les sociétés scolaires ne doivent être ouvertes qu'aux enfants dont les parents tombent sous la définition que nous avons donnée du mutualiste. »

M. Toussaint. — C'est absolument comme cela que le recrutement doit se faire, et c'est à nous d'y veiller »

M. Dr Grissac. — J'ajoute encore que les statuts ne sont pas assez précis ; par soins médicaux, qu'entendez-vous ? »

M. Rétaly. — Cela dépend des sociétés. A Sannois nous payons tout, médecine, chirurgie, spécialités.

M. Toussaint. — A Argenteuil, nous faisons réserve des soins de grande chirurgie : c'est dans les statuts. Chaque société fait ce qu'elle veut, mais nous payons 5 fr. pour toute intervention de petite chirurgie et pour la visite de nuit.

M. le Président. — Messieurs, ne nous perdons pas dans les détails. Pour ne pas éterniser une question qui a peine à recevoir sa solution définitive, et qui se rouvre aujourd'hui sous une nouvelle forme, j'ai élaboré le règlement suivant que je désire soumettre à votre appréciation.

Son caractère très général me paraît pouvoir servir de terrain à une discussion qui, poursuivie en plus petit comité, règlerait ensuite les détails qui nous divisent et qui ne doivent pas, dès aujourd'hui, passer au premier plan, si nous voulons arriver à une entente sincère et durable.

Règlement touchant les rapports des médecins syndiqués avec la mutualité scolaire.

1° Toute famille dont l'enfant entre dans la mutualité scolaire paye le certificat médical au prix de 3 fr., si elle n'est pas indigente : dans ce dernier cas, le certificat est gratuitement délivré.

2° *Chaque famille doit rester libre de faire soigner son enfant par le médecin de son choix exerçant habituellement dans la commune où elle réside, et acceptant les présentes conditions.*

3° La note d'honoraires du médecin est établie, pour visites et soins divers, *médicaux et chirurgicaux*, d'après le tarif appliqué à la classe sociale dont cette famille fait partie, et représentant *comme minimum* le tarif ouvrier adopté pour les victimes du travail, les sociétés de secours mutuels, l'assistance à domicile quand elle est réglée par le système à la visite. Cette note est remise trimestriellement, suivant conventions, soit à la famille, soit au trésorier de la société qui l'acquitte.

4° Sous la rubrique « *Indemnité pour contrôle médical* » la société inscrit à son budget une somme globale proportionnée à ses ressources et au nombre des adhérents, et convenue chaque année entre elle et les médecins ; elle est répartie entre ceux-ci, par parts égales, en fin d'exercice.

5° Toute contestation entre la Société et un ou plusieurs membres du service médical, sera tranchée souverainement par un tribunal d'arbitrage. La Société choisira son arbitre, le service médical choisira le sien. Ceux-ci, en cas de désaccord feront choix d'un troisième pour les départager.

6° Le présent contrat d'entente ne pourra être modifié *par une seule des parties*, même par révision de statuts en assemblée générale, sans ouvrir le droit pour l'autre partie ou pour ceux de ses membres qui en seraient lésés, aux réparations pour violation de contrat.

7° Il est désirable que chaque société fasse place dans son Bureau à un médecin élu par ses collègues. (*Très bien.*)

M. Rétaly. — Votre Président met clairement la chose au point. Mais il me paraît impossible d'étudier sérieusement et avec profit chaque article de ce projet en assemblée générale. Je propose la nomination d'une Commission mixte qui étudiera ce projet, présentera son rapport tant au Syndicat qu'à l'Union des Sociétés mutuelles ; ce sera le moyen le plus sûr et le plus rapide d'arriver à une entente absolue.

Je puis faire convoquer 5 délégués de l'Union des Sociétés mutuelles qui se réuniront en Commission d'étude avec 5 délégués de votre Syndicat. (*Adopté.*)

M. le Président. — Je vous propose de déléguer MM. Giberton, Pluyaud, Poursain, de Gris-

sac, et moi-même, puisque c'est votre désir. *Adopté.*)

Admissions nouvelles.

M. le Président. — Passons à l'admission des candidats.

Sont alors admis à l'unanimité et sans aucune observation, membres du Syndicat, MM. les docteurs dont les noms suivent, qui ont fourni toutes les garanties requises par les statuts :

Glin, de Maule. (Parrains : MM. Pecker et Mignon) ;

Alardo, d'Epône (Parrains : MM. Violette et Mignon) ;

Veuillot, de Bellevue. (Parrains : MM. Groussin et Darin) ;

Nouet, de Sartrouville (Parrains : MM. Bertillon et Licke) ;

Larger fils, de Maisons (Parrains : MM. Bertillon et Pannetier) ;

Garès, de Marly. (Parrains : MM. Giberton et Rigabert) ;

Gromolard, du Vésinet (Parrains : MM. Lécuyer et Rochefort) ;

Lanos, de Rueil (Parrains : MM. Lécuyer et Rochefort) ;

Lavie, de Rueil (Parrains : MM. Lécuyer et Rochefort) ;

Poussard, de Rueil (Parrains : MM. Lécuyer et Rochefort) ;

Hérigny, du Vésinet (Parrains : MM. L écuyer et Guillermet).

M. le Président, fait observer que, grâce ou malgré les nouveaux statuts si rébarbatifs, *onze* confrères nouveaux sont venus en une seule séance adhérer à notre Syndicat. Nous ne pouvions recevoir meilleure récompense pour notre effort de solidarité agissante. (*Appl audissements prolongés.*)

Les actes de propagande.

M. le Président demande ensuite au groupe de Chatou où en sont les démarches pour l'affiliation du groupe de Saint-Germain au Syndicat, démarches qu'il a bien voulu se charger de commencer.

M. Guillermet répond qu'à Saint-Germain il n'y a en réalité aucun groupement syndical ; qu'il a vu M. le Dr Lamarre ; que ce dernier est de tout cœur avec nous ; qu'il accepte de devenir des nôtres, et, qu'il offre son nom pour entraîner ses confrères au Syndicat.

Il est en conséquence décidé que le groupe de Chatou va organiser sans retard une réunion à Saint-Germain, dans le but de faire adhérer à notre Syndicat tous les confrères de cette ville, qui, pour la plupart, comptent parmi nos meilleurs camarades, et n'ont pas des intérêts différents des nôtres.

Indemnités nécessaires.

M. le Président propose ensuite, de sa propre autorité, et sans demander avis aux intéressés, que le Syndicat vote une indemnité annuelle de cent francs au Trésorier et au Secrétaire, vu le travail de plus en plus considérable qui leur est demandé en raison de l'accroissement rapide du Syndicat et de l'activité de la propagande.

(*Cette indemnité est votée à l'unanimité*).

MM. Bertillon et Mignon déclarent s'incliner amicalement devant ce vote de principe qui s'adresse à la fonction plus qu'à eux-mêmes.

Le tarif minimum du Syndicat.

Sur une question de M. Lécuyer demandant sur quelles bases les groupes régionaux pourront rédiger leurs tarifs, il est décidé qu'une réunion de tous les Présidents de groupes et du Bureau étudiera la question d'un tarif général dressé d'après le tarif du Concours Médical et sur lequel les Présidents de groupes pourront se baser pour établir les tarifs non minima de leur région.

Le service médical dans la loi des accidents.

M. le Président rappelle ensuite que l'Union des Syndicats mène ardente campagne sur la question des rapports du corps médical et les Compagnies d'assurances-accidents. A ce sujet, M. le Dr Divernepesse, de Saint-Mandé, fait dans les milieux ouvriers une série de conférences où il expose le fonctionnement de la loi sur les accidents du travail. Il doit venir le 18 octobre prochain à Argenteuil.

L'Assemblée décide que, ce jour-là, aura lieu à Argenteuil une réunion de groupe à laquelle tous les confrères de la région, syndiqués ou non, seront invités à assister, ainsi qu'à la conférence du docteur Divernepesse.

MM. les docteurs Poursain et de Grissac sont chargés de l'organisation de cette réunion.

Le service médical à l'hôpital de Saint-Cloud.

M. le Président expose ensuite à l'assemblée la situation créée à l'hôpital de Saint-Cloud par la nomination à cet hôpital d'un docteur Wassilieff, chirurgien de Paris, qui serait chargé du service chirurgical de cet hôpital et *assurerait* ce service (! ! !) en y venant trois fois par semaine.

« Une tentative de ce genre, dit-il, avait déjà été faite par le Dr Wassilieff à l'hôpital de Rueil. Mais l'entente unanime et complète des trois confrères de cette ville eut bientôt raison de l'intrus qui dut disparaître. Il est allé renouveler ses exploits à Saint-Cloud.

M. le docteur Astruc le supporta quelque temps. Mais, bientôt, écœuré par cette situation fausse le Dr Astruc donna sa démission de médecin de l'hôpital et la Commission dut se retourner vers M. le Dr Surre, et lui offrir la succession. Sur notre conseil, M. Surre assure le service *provisoirement*, en attendant que solution conforme à nos désirs ait été obtenue.

Depuis, nous n'avons pas de nouvelles de l'incident, mais nous le suivrons de près, et vous pouvez compter sur l'énergie de votre Bureau pour faire cesser un semblable état de choses et sauvegarder les intérêts de nos confrères.

Comme conséquence de cette affaire, je vous proposerai seulement qu'une démarche soit faite près de M. Astruc pour le prier de prendre sa place ici. Les statuts complètement modifiés de notre Syndicat créent une situation nouvelle qu'il acceptera sans nul doute et votre Bureau voudrait l'unanimité des confrères de Saint-Cloud pour agir, jusqu'à la préfecture s'il le faut.

M. Bourgeois. — Je crois savoir que, après les incidents de l'hôpital de Saint-Cloud, M. Astruc ne se refusera pas à venir au Syndicat.

L'Assemblée applaudit et charge M. Bourgeois

de faire près de M. Astruc les démarches nécessaires pour l'amener à notre Syndicat.

La séance est levée à 6 heures et demie.

A sept heures, chez Marguery, un excellent banquet réunissait 42 convives, parmi lesquels MM. Toussaint et Rétaly et Me Simon. On a toasté à l'union du Corps médical et de la Mutualité, à la vitalité de l'esprit syndical, et à la santé des nouveaux adhérents.

A 10 heures, tout le monde se séparait, enchanté d'une si belle et si cordiale réunion et la plupart se donnaient rendez-vous le 18 octobre prochain à Argenteuil.

Le secrétaire,
Dr Mignon.

Réunion du 1er groupe a Argenteuil.

(*18 octobre 1902*).

En exécution d'une des décisions de l'Assemblée générale ci-dessus relatées, bon nombre de membres du Syndicat se sont retrouvés le 18 octobre à Argenteuil. Citons notamment : MM. Bertillon, Pannetier, Poursain, de Grissac, Jeanne, Mignon, Faraggi, etc.

Parmi les invités qui ont pu accepter d'être des nôtres se trouvaient MM. les Drs Philippeau, président du Syndicat de la Seine, R. Millon, secrétaire de l'Union des Syndicats, Diverneresse (de Saint-Mandé), Biron et Toussaint (d'Argenteuil), Poinsonnat (de Cormeilles), Me Féold, avocat à la Cour de Paris, M. le Dr Perrin (de Bezons), et plusieurs pharmaciens de la région. A la fin d'un gai repas, le Président a remercié tous ceux qui étaient venus apporter leur concours et leurs vues sur l'ardente campagne du Syndicat. Il a terminé par cette bonne nouvelle, arrivée de la plus opportune façon en ce jour où nous nous préoccupions surtout de la question assurances accidents : « *Le Conseil général a voté, dans sa session d'août, pour l'application du 2e paragraphe de l'article 4 de la loi accidents, le tarif que nous lui avions proposé. Nous pouvons donc, sans aucune préoccupation pécuniaire, réclamer, d'accord avec les victimes du travail, la liberté absolue pour celles-ci de choisir leur médecin et leur pharmacien. C'est ce que nous sommes venus faire par la bouche du confrère Diverneresse, en conformité des résolutions prises et poursuivies depuis quatre ans, par besoin d'indépendance réelle vis-à-vis de ces collectivités de spéculateurs qui ont nom Compagnies d'assurances accidents et dont nous n'aurions plus d'excuses à rester les médecins attitrés* ».

Après le repas, nous avons assisté, pour ainsi dire en corps, au nombre d'une vingtaine, à la très intéressante conférence que MM. Diverneresse et Féold ont donnée à l'Université populaire. Elle s'est terminée par le vote d'un ordre du jour où sont rappelés tous les desiderata des ouvriers et des médecins au sujet de la loi de 1898. Cet ordre du jour a été transmis aux sénateurs et députés de la région dont l'appui, nous l'espérons bien, sera aussi acquis à l'effort de nos Sociétés de défense professionnelle près du Parlement.

Un acte de plus, un succès de plus. Encore une bonne journée pour notre vaillant Syndicat.

Le secrétaire,
D. Mignon.

REPORTAGE MEDICAL

Distinction honorifique. — Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Bardon, de Brive (Corrèze), membre du « Concours Médical » qui vient d'être nommé *officier de l'Instruction publique.*

Un memento de thérapeutique. — M. le Dr Astruc (de Saint-Cloud) vient de publier chez Maloine, 23 rue de l'Ecole-de-Médecine, en une élégante petite brochure une classification des médicaments usuels. Pour se remémorer doses, effets, indications de chaque substance, une table nous conduit à un tableau méthodiquement dressé qui supplée en un instant à toute défaillance de la mémoire. C'est absolument pratique.

Médecins civils et militaires. — Un conflit très curieux vient de se produire entre la Société des médecins de Metz et le docteur Herzer, médecin en chef du 16e corps d'armée. On sait que depuis l'augmentation des garnisons allemandes de Metz et des alentours, le typhus existe dans la vieille cité à l'état endémique et y cause de nombreux ravages.

Le docteur Herzer, dans un rapport confidentiel récemment adressé au conseil général d'hygiène de l'armée, aurait accusé les médecins civils de favoriser le typhus dans un but de lucre, c'est-à-dire dans des conditions indélicates.

La Société civile des médecins de Metz, justement émue d'une telle accusation, a protesté immédiatement par une lettre ouverte et a mis en demeure le docteur Herzer de prouver cette accusation par des faits et par des noms.

Le médecin militaire cita alors quelques cas tout à fait isolés, dans lesquels certains médecins civils ne se seraient pas conformés à la déclaration obligatoire de l'épidémie, mais il ne put fournir la preuve que ces médecins eussent agi dans un but intéressé. Nouvelle mise en demeure des médecins civils d'avoir à préciser les accusations, ou à les retirer avant le 15 octobre.

Le docteur Herzer répond à cet *ultimatum* qu'il refuse de modifier ses appréciations ; il se retranche au surplus, derrière le secret professionnel.

A la suite de ce refus, les médecins civils vont porter l'affaire devant les tribunaux, malgré les efforts que font l'administration militaire et le gouvernement pour l'étouffer.

(*Journal de médecine de Paris*).

N'aurons-nous pas de ces petites histoires-là chez nous quand l'application de la loi sur la santé publique sera chose accomplie ?

La vaccination obligatoire. — Le ministre de l'Intérieur semble s'occuper un peu des questions qui nous intéressent. Pendant qu'il demande de la façon la plus formelle aux commissions hospitalières, après l'avis des chirurgiens des hôpitaux, de s'assurer des infirmières capables et de se protéger contre l'invasion des blessés assurés, il réclame d'autre part, à bref délai, l'avis de l'Académie de médecine sur le règlement d'administration publique relatif à la vaccination et à la revaccination, qui doit être prochainement soumis au conseil d'État.

Nous serions curieux de savoir si la lancette ou le vaccinostyle vont être *officiellement* mis entre les mains des instituteurs et des sages-femmes, suivant la douce manie du spécialiste M. Hervieux. On n'est jamais trahi que par les siens.

La tuberculose dans les établissements scolaires. — M. Chaumié, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs et autres autorités universitaires une circulaire conçue en termes très pressants, visant la lutte contre la tuberculose dans les collèges. Nous en extrayons ce qui suit :

1° Dans tous les internats primaires ou secondai-

res, chaque élève aura une fiche sanitaire contenant les indications suivantes : le poids corporel, la taille et le périmètre thoracique. Ces indications devront être consignées tous les trois mois, à date fixe.

Ces fiches seront tenues au courant et conservées par le médecin de l'établissement ;

2° Les mesures concernant la prophylaxie de la tuberculose proposées par la commission et adoptées par le ministre seront énumérées et développées dans une instruction qui devra être mise à la disposition des directeurs de tous les établissements scolaires.

3° Ces prescriptions — très longuement développées dans le travail annexé à la circulaire — devront être affichées dans les classes, études et lieux de réunion de tous les établissements publics d'enseignement.

Une condamnation pour concurrence déloyale. — Fait une réclame illicite et une concurrence déloyale, de nature à tromper le public et à causer préjudice à un confrère, le dentiste qui, dans sa réclame et les circulaires qu'il lance dans le public, prend la qualité de chirurgien-dentiste d'un hôpital, alors que, s'il donne, à la vérité, des soins au personnel et aux malades de l'établissement, il ne produit ni délibération des commissions de surveillance, ni arrêté lui conférant le titre de dentiste de l'hospice.

(Trib. civ. d'Avranches, 10 avril 1902).

En relevant ce passage de la *Revue médicale de Normandie*, nous rappelons que la poursuite en concurrence déloyale est l'un des moyens dont on peut user pour empêcher les gens de se dire docteurs en médecine, quand ils n'ont jamais obtenu le diplôme.

Les sanatoriums pour alcooliques. — Quelques-uns nous ont jeté l'anathème quand nous avons dit à l'assemblée générale du Concours de 1896 : « Si personne ne veut nous donner les sanatoriums anti-tuberculeux et anti-alcooliques, faisons-les nous-mêmes avec notre argent. »

Mais nous n'étions que de sagaces précurseurs : nos idées ont fait leur chemin et n'effrayent plus.

M. et Mme Legrain, en effet, joignant l'action à la parole, ouvrent un sanatorium anti-alcoolique au Parc Saint-Maur, et la *Tribune médicale* s'empresse, comme nous, de les en féliciter.

On n'a vraiment la foi que si on le prouve par des actes.

La fin de l'ancien régime des études médicales. Ainsi que les recteurs viennent d'en être avertis à nouveau par une circulaire ministérielle, le régime des études médicales antérieur à 1893 prendra fin au 1er octobre 1903. A cette date, restera seul en vigueur celui qui fut institué par le décret du 31 juillet 1893. Avis aux étudiants retardataires.

Notification de l'ouverture d'un concours pour l'admission en 1902 à l'emploi de médecin stagiaire à l'école d'application du service de santé militaire.

Paris, le 17 février 1902.

Conformément à l'article 4 de la loi du 15 décembre 1888, un concours s'ouvrira, le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés français ;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1902 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins (1) ;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé ; bureau du personnel et de la mobilisation) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

I. Avant l'entrée à l'école :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique des services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. Aussitôt après l'admission à l'école :

L'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juin 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'école d'application du service de santé militaire sur le pied de 3.096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor, en cas de licenciement, démission, non obtention du grade de médecin aide-major ou non accomplissement des dix années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-major de 2e classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait aux dits examens seront licenciés.

La campagne antialcoolique. — Deux faits à signaler. L'Académie de médecine va reprendre la lutte avec vigueur, nous dit M. le Dr Laborde, et sans attendre (ce qui ne vient pas) d'être saisie par le gouvernement des études que le Parlement avait décidé de lui soumettre.

Le budget Rouvier frappe un grand coup sur le privilège des bouilleurs de cru : le ministre réussira-t-il à faire avaler la pilule à la majorité de nos élus ? Bornons nous à le souhaiter.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

Le sérum de la scarlatine.— La presse politique nous avait annoncé il y a un an la découverte du sérum de la fièvre typhoïde.

C'était un fait acquis, et M. le Dr Chantemesse prenait place à côté de Roux, Behring, Yersin, etc.. Mais. on n'a plus entendu parler de rien, et nous voilà au même point qu'avant l'information sensationnelle.

Par le même canal, nous apprenons aujourd'hui que le sérum de la scarlatine vient d'être découvert à Vienne, qu'il guérit 80°/o des malades ; que le gouvernement y va de larges subventions pour developper la production.

Enregistrons, mais attendons avec calme. Nous avons en assez de déceptions pour ne pas en rechercher d'autres.

Faculté et Hôpitaux.

Conférences de Radiologie médicale. — Le DrA. Béclère a commencé le dimanche 9 novembre à 10 heures du matin,et continuera les dimanches suivants à la même heure,dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine, une nouvelle série de huit *conférences* sur les *Premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la radiographie et de la radiothérapie.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades (affections thoraciques).

Exercices pratiques de Radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, l'après-midi, en semaine, pendant toute l'année. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances.

Clinique chirurgicale. — M. G.-L. Faure, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique chirurgicale le samedi 8 novembre,à 9 h. 1[2 du matin et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Ordre du cours : Lundi : examen des malades nouveaux par les élèves à 9 h. 1[2. Mardi : Leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel) à 9 h. 1[2. Mercredi : examen des malades nouveaux par les élèves à 9 h. 1[2. Jeudi : opérations de chirurgie abdominale et gynécologique. Vendredi, visite et examen des malades dans les salles. Samedi, leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel) à 9 h. 1[2.

Enseignements complémentaires et exercices cliniques du soir. — 1° Exercices cliniques et examens des malades par les élèves sous la direction de M. P. Fredet, chef de clinique (amphithéâtre Chomel) les lundis et jeudis à 5 heures ; 2° Conférences d'otologie et de rhinologie par M. Martha,mardi à 4 heures et vendredi à 5 heures (salle de la consultation de l'hôpital ; 3° MM. Cazin et Hallon, chefs du Laboratoire, sont à la disposition des élèves tous les matins au laboratoire pour les examens de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le P. Chantemesse a commencé son cours le samedi 8 novembre à 5 heures de l'après-midi à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique,1er étage) et le continue tous les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. 1re leçon : Etude expérimentale des microbes pathogènes.

Histologie. — M. P.-E. Launois, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours d'histologie le samedi 8 novembre à 4 heures (petit amphithéâtre de la faculté) et le continuera les samedis mardis et jeudis suivants à la même heure :Le feuillet moyen du blastoderme, les tissus de soutien (conjonctif, cartilagineux et osseux): les tissus de mouvement (muscles lisses, muscles striés).

Laryngologie, rhinologie et otologie. — M. Castex chargé de cours complémentaire a repris son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique) le mardi 11 novembre à 3 heures et le continuera les mardis. jeudis et samedis suivants à la même heure. — Le cours est public et gratuit. Exercices pratiques sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Ball.

Examen et traitement des malades, tous les jours de 3 à 5. Le droit à payer pour chaque série d'exercice est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés.

Accouchements et gynécologie. — Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque 125,Boulevard du Port-Royal, savoir : 1° Accouchement. — Premier cours : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires per M. Couvelaire, chef de clinique et M. Funck-Brentano chef de laboratoire. Ce cours commencera le mardi 17 novembre 1902 à 9 heures du matin, il sera complet en 30 leçons, et aura lieu tous les jours à 9 heures à la clinique Baudelocque.— Deuxième cours : Cours pratique d'accouchement avec manœuvre opératoire par M. Bouffe-de-Saint-Blaise accoucheur des Hôpitaux et M. Paquy, ancien chef de clinique. Ce cours commencera le lundi 12 janvier 1903 à 9 h. 1[2 du matin. Il sera complet en 30 leçons et aura lieu tous les jours à la même heure à la clinique Baudelocque. — 2° *Gynécologie.* — Cours de clinique et de pratique gynécologique par M. Potocki agrégé,accoucheur des Hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera le mardi 20 janvier 1903 à 9 h. 1[2 du matin. Il sera complet en 18 leçons et aura lieu tous les mardis jeudis et samedis à la même heure à la clinique Baudelocque. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4854. — M. le docteur Collon, de Niort (Deux-Sèvres), Membre du Syndicat des Deux-Sèvres.

N° 4855. — M. le docteur Pimpot, de Paris, présenté par M. le docteur Vareillaud, de Paris.

N° 4856. — M. le docteur J. Sentex, de Saint-Sever (Landes) présenté par M. le docteur Sentex, père, et membre de l'Association des médecins des Landes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Chabalier, d'Hyères (Var) et Valade, de Vierzon (Cher), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 47 22 NOVEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle. Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Dimanche dernier, 16 novembre, se sont tenues, au restaurant Marguery, nos diverses Assemblées Générales.

Celle de l'*Association Amicale* d'abord, sous la présidence du Dr Maurat. Il ressort du rapport du secrétaire général que la situation morale reste excellente, que le recrutement est satisfaisant et que les objections formulées lors de l'alliance avec l'Association Générale se trouvent réfutées par les faits eux-mêmes. Le rapport du Trésorier constate que la réserve dépasse 190.000 francs et que les recettes annuelles atteignent 72.000 francs.

Une bonne nouvelle en fin de séance : celle de la fusion de la caisse locale fondée à Toulouse par la Prévoyance Médicale du Sud-Ouest.

La séance de la *Société civile du Concours* a succédé. Le Dr Gassot, président, a rappelé rapidement le terrain parcouru depuis 1880 où s'ébauchait la première tentative de défense professionnelle et montré l'unité de vues, qui n'a cessé de diriger la Société depuis sa fondation.

D'importantes questions ont été discutées, notamment celle du service militaire des étudiants en médecine, pour lesquels on a décidé de réclamer le droit commun, et celle de la réforme de l'enseignement médical, qui a montré la nécessité de tout reprendre *ab ovo* et en faisant table rase des errements actuels.

La Commission de l'encombrement médical à laquelle s'adjoindront les principaux correspondants bénévoles, préparera, pour l'an prochain, des conclusions fermes.

La première question ouverte à la discussion est celle du P. C. N. et de l'étude des sciences accessoires ; le journal va s'y consacrer au plus tôt.

Le Dr Lande, président de la Caisse des pensions, a réfuté les erreurs commises par le Dr Janicot à l'Association locale de la Nièvre et montré au contraire l'intérêt immense qu'a le médecin à adhérer à la caisse confraternelle, dont la prospérité ne laisse rien à désirer.

Enfin, est venue l'assemblée du *Sou Médical* sous la présidence du Dr Maurat. Le secrétaire général provisoire, M. le Dr de Grissac a montré, à la stupéfaction des membres présents, quel nombre énorme d'affaires lui était soumis et, à la satisfaction générale, quels résultats ont été obtenus dans l'immense majorité des cas. Le Trésorier a ajouté que l'état de la caisse permettait de faire face

aux nécessités du moment et que l'augmentation constante des adhérents, comme leur qualité, était un sûr garant des services que l'œuvre pourrait rendre dans l'avenir.

Les pouvoirs du Conseil d'administration étant expirés lui ont été renouvelés par acclamations ; notons seulement les modifications suivantes : le Dr de Grissac devient secrétaire général, tandis que le Dr Jeanne passe secrétaire des séances. On a justement dit qu'au lieu d'un excellent secrétaire général, on en aurait désormais deux non moins bons.

Enfin est arrivé le banquet.

Cette fois, la table des grands jours n'a pas suffi : il a fallu serrer les rangs et même ajouter une petite table pour les retardataires. Jamais le nombre des confrères n'avait été si grand ; c'est que le *Concours* était entouré de tous ses enfants et que l'Union des Syndicats revenait officiellement et pour la première fois depuis bien longtemps reprendre sa place aux agapes de famille.

Service parfait, gaieté exubérante, suivie, au dessert, des flots d'éloquence habituels et d'une série interminable de bans soulignant les toasts au Fondateur du Concours, aux collaborateurs, aux invités, au Président de l'Union des Syndicats, au médecin praticien.

Excellente journée, en somme, montrant les progrès du rapprochement qui s'opère entre toutes les œuvres de protection et de défense confraternelles et devant laisser à ceux qui ont assisté aux diverses réunions l'impression durable de ce que peuvent l'entente et la solidarité pour notre belle profession.

LA SEMAINE MÉDICALE

Epilepsie et hystérie.

La *Revue internationale de clinique et de thérapeutique* rappelle, sous forme de tableaux synoptiques, les principaux signes différentiels permettant de faire facilement le diagnostic de l'épilepsie et de l'hystérie :

ÉPILEPSIE.

Attaques nocturnes ou matinales.

Pas de cause occasionnelle.

Soudaineté fulgurante de l'attaque.

Toujours cri initial.

Toujours morsure de la langue, avec écume sanguinolente à la bouche.

Première phase, exclusivement tétanique, avec langue serrée entre les arcades dentaires.

Réflexe lumineux des pupilles presque toujours aboli, pendant la phase tétanique.

La phase clonique de l'attaque est relativement silencieuse.

Habituellement, incontinence d'urine et des matières, pendant l'attaque ; éjaculation chez l'homme.

Phénomène des orteils (signe de Babinski).

La compression des ovaires est sans influence sur les attaques d'épilepsie.

Les attaques d'épilepsie se terminent toujours par une phase stertoreuse.

Dans l'état de mal, les attaques, en nombre

FEUILLETON

Quelques considérations sur l'automobilisme médical.

DEUXIÈME PARTIE.

Du choix du véhicule et de son utilisation.

Tout médecin désireux de remplacer la traction animale par la traction mécanique doit d'abord consulter sa bourse, c'est-à-dire, connaître de façon certaine la dépense qu'il peut et veut faire. Ici, plus qu'ailleurs, on se laisse entraîner. On achète un type de voiture qui a séduit par sa silhouette ou son allure à l'essayage. Au bout de quinze jours, on s'aperçoit que *ce véhicule* n'est nullement approprié au service qui lui est demandé. Il est trop encombrant : son nettoyage est délicat ; l'accès de ses organes est difficile ; il est trop léger pour les pavés ou pour les routes : admirable sur piste, il tressaute lamentablement dans le ressac des ornières. Peu à peu, au contact des petites difficultés du début, on apprend à connaître ce qui lui manque. Tel organe serait mieux ici : le mécanisme serait bien plus simple s'il était agencé de telle façon... Pourquoi ne s'y trouve-t-il pas ? — D'abord, parce que tous les constructeurs n'ont pas au même point la notion du pratique ; parce que certains, gens habiles, sachant que l'habit, malgré tout, fait le moine, sacrifient la commodité et la simplicité à la belle apparence ; parce que d'autres enfin, ayant à écouler de vieux *stocks* de châssis, asseyent un moteur à l'avant de ce châssis, un différentiel à l'arrière, relient le tout par un cardan ou par des chaînes, (la courroie ayant perdu de sa vogue), juchent là-dessus une carrosserie soignée qui va tirer l'œil de l'acheteur, font une réclame monumentale.... Et voilà comment le marché se trouve inondé de « clous » sans résistance et sans vertu. — D'autres fois, en dépit du service des mines et de l'inspection de ses fonctionnaires indifférents, la voiture est construite en matériaux de seconde qualité ; les engrenages sont mal cémentés ; les ajustages sont faits à la diable ; les pièces sont mal goupillées ou ne le sont pas du tout ; les coussinets sont de bronze trop tendre ou trop dur. Au bout de 500 kilomètres, toutes les articulations ont pris du jeu ; les paliers chauffent et menacent de gripper ; à sa sortie du carter, l'arbre moteur laisse échapper d'abord un peu d'huile, puis davantage. Cette huile rejaillit sur le cuir de friction qu'elle empêche de mordre, ou encrasse les contacts platinés de la came, cause de perte de force ou de ratés incessants.

Dans d'autres véhicules, la circulation d'eau est établie au petit bonheur. Qu'il se fasse par thermosiphon ou par pompe, le refroidissement est insuffisant. A grande allure, avec une admission réduite et un courant d'air très énergique, cela fonctionne à peu près. Mais en petite vitesse, l'eau revient en ébullition au réservoir : un panache de vapeur fait ressembler l'auto à une locomotive. Les parois du cylindre subissent des températures sans cesse différentes. L'huile se décompose, ne lubrifie plus. Les soupapes s'encrassent. Une fumée noire et épaisse sort de l'échappement. Et lorsque l'on veut rendre au moteur son régime normal, il étouffe d'abord, puis emballe. Les démarrages sont mauvais. Un demi-centimètre de suie diminue la capacité de la chambre d'explosion. Il s'en détache des fragments qui viennent continuellement engorger les soupapes, et vous vous arrêtez pour rien, pour une vétille, une saleté fantaisiste qui va et qui vient, s'écrase entre une soupape et son siège, empêche

relativement faible, mettent en danger la vie des malades.

Elévation considérable (40-41°) de la température corporelle, pendant l'état de mal.

Etat mental particulier ; pas de stigmates hystériques.

Efficacité des bromures.

HYSTÉRIE.

Attaques vespérales.

Causes occasionnelles : émotion violente, contrariété, compression d'une zone hystérogène.

Quelquefois soudaineté moindre.

Presque jamais cri initial.

Rarement morsure de la langue et rarement écume sanguinolente.

Première moitié de la phase tétanique, accompagnée de grands mouvements de circumduclion avec langue projetée en avant.

Abolition du réflexe lumineux des pupilles, exceptionnelle pendant la phase tétanique.

La phase clonique de l'attaque est habituellement tumultueuse ; les convulsions peuvent revêtir le caractère de mouvements intentionnels ; quelquefois attitudes passionnelles.

Assez souvent, émission involontaire d'urine, mais pas d'incontinence des matières, pas d'éjaculation.

Le phénomène des orteils fait défaut.

La compression des ovaires jugule les attaques d'hystérie.

Les attaques d'hystérie se terminent souvent par une crise de larmes, par des éclats de rire, par des manifestations délirantes.

Dans l'état de mal, les attaques d'hystérie peuvent atteindre une extrême fréquence, sans compromettre la vie des malades.

Elévation modérée (au plus 39°) de la température interne, pendant l'état de mal.

Stigmates de l'hystérie.

Inefficacité des bromures. Efficacite de la psychothérapie.

Emploi de l'eau oxygénée en pansements.

M. le Dr Dugat a étudié dans sa thèse les applications chirurgicales de l'eau oxygénée et voici les principes qu'il a dégagés de ses observations :

1° L'eau oxygénée est un agent absolument inoffensif pour le blessé, pourvu qu'elle ne contienne pas trop d'acides.

2° C'est un antiseptique puissant qui, par sa décomposition rapide en présence des tissus vivants, du sang, des liquides, des plaies, agit sur les microbes aérobies, et mieux encore sur les microbes anaérobies.

3° Grâce à son pouvoir hémostatique, elle arrête en quelques secondes les hémorragies en nappe qui gênent toujours beaucoup le chirurgien dans le pansement et le traitement des plaies.

4° D'après de nombreuses expériences, son pouvoir analgésique, vanté par le Dr Kendall, est faible, presque nul.

5° Sauf dans les plaies très superficielles, les lavages des plaies suppurantes à l'eau oxygénée doivent être suivis d'injections du même liquide, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les tissus profonds, suivant l'étendue de la suppuration en profondeur.

6° Les pansements permanents à l'eau oxygénée ne sont absolument d'aucun effet.

7° L'action de l'eau oxygénée est rapide, presque immédiate. Si après deux ou trois séries de

---

la fermeture, partant la compression, et souvent vous oblige à un long et minutieux démontage.

Ce sont ces déboires que je voudrais épargner à beaucoup.

Lorsque, descendant l'avenue de la Grande-Armée, vous visitez l'une après l'autre toutes les grandes marques d'autos qui ont élu domicile en ce coin fortuné de Paris, je ne vous donne pas une demi-heure pour ne plus rien comprendre aux affirmations et aux appréciations. Tel vendeur bien cravaté vous jure qu'il faut au moins quatre vitesses parce que ses véhicules sont luxueusement fournis de poulies et d'engrenages. Tel autre vous dira que deux vitesses sont toujours suffisantes. En effet, la voiture qu'il vous offre ne perd rien à la transmission, ou si peu.... Les résistances sont bien calculées et les puissances bien équilibrées... les deux vitesses sont suffisantes pour cette excellente raison que la petite ne sert jamais. — Achetez, naïf acheteur, vous verrez.

Ne vous en remettez ni aux boniments, ni aux promesses. Cherchez à juger avec votre bon sens et avec vos connaissances. Malheureusement, si nettes soient-elles, vous lutterez difficilement contre l'inlassable faconde des vendeurs, dont, au bout de quelques semaines, vous pourrez mesurer la commune ignorance. Craignez que la voiture que vous allez acheter ne vous apprenne à connaître celle que vous auriez dû acheter ; et, si vous le voulez bien, suivez-moi, je ne vous tromperai pas.

I

De l'expérience des constructeurs et de l'application, à la mécanique automobile, de calculs non plus empiriques, mais précis, est sorti, vers 1901, un type de véhicule qui, depuis, ne s'est perfectionné que dans les détails.

(Il ne sera question ici, bien entendu, que de la voiture légère ou de la voiturette.)

a) Châssis allongé, à cornières ou à tubes, mais essentiellement rigide, et monté sur quatre roues égales.

b) Moteur à l'avant, monocylindrique.

c) Embrayage par friction, à cônes.

d) Changements de vitesses par engrenages, montés sur train balladeur, donnant trois vitesses et la marche arrière.

e) Transmission par arbre à la Cardan.

f) Différentiel sur l'essieu moteur.

g) Deux freins, l'un de route sur l'arbre intermédiaire, l'autre, de bloquage, sur l'axe des roues motrices.

Comme détails : graissage automatique, refroidissement par eau, allumage électrique, éclairage à l'acétylène, carrosserie quelconque, mais admettant et supportant la capote.

Et, sans vouloir porter préjudice à aucun constructeur, vous pouvez être certain que le véhicule le meilleur est celui qui répond dans toutes ses parties à ce type général.

De plus, il est bon de savoir que la puissance d'une voiture ne se mesure pas à la force nominale de son moteur. Dans une voiture bien construite, la perte de force due à la transmission ne doit pas excéder 30 à 35 %. Dans les voitures construites sur des données mécaniques inexactes ou dont les pièces sont mal ajustées, cette déperdition de force peut atteindre 60 à 70 %.

La voiture légère qui convient au médecin doit être aussi robuste que peu compliquée, adaptée à des routes quelconques parcourues par des temps quelconques. Nous en parlerons un peu longuement.

Je ne puis passer en revue toutes les marques,

lavages et d'injections la plaie n'est pas améliorée, il sera inutile de continuer le traitement par l'eau oxygénée.

8° L'eau oxygénée paraît agir avec plus d'énergie sur les suppurations récentes, quelle que soit leur gravité, que sur les suppurations anciennes.

9° Dans les suppurations profondes, si on ne peut aller porter l'eau oxygénée à la limite extrême de la suppuration, il vaut mieux employer de suite un moyen plus énergique, telles que les incisions au thermo-cautère par exemple.

10° L'eau oxygénée exerce sur les tissus une action excitante très nette. Elle empêche la nécrobiose.

Badigeonnages gaïacolés contre les oreillons.

La *Semaine médicale* analyse le travail de M. le Dr Grande, de Nicastro, sur les applications de gaïacol contre les oreillons. L'auteur prescrit une pommade contenant 5 % de gaïacol avec laquelle on pratique une ou plusieurs fois par jour des onctions sur la région parotidienne qu'on recouvre ensuite de coton phéniqué et d'un pansement légèrement compressif.

Sous l'influence de ce traitement, que M. Grande a eu jusqu'à présent l'occasion d'employer dans 12 cas, la tuméfaction de la parotide disparaît dès le second ou le troisième pansement, en même temps que les patients n'éprouveraient ni douleurs, ni gêne pendant la mastication et la déglutition. Contrairement à ce qu'on observe assez souvent à la suite d'applications de gaïacol sur le scrotum, les onctions dont il s'agit ne détermineraient ni prurit, ni eczéma.

Notre confrère attribue les bons effets de ce traitement, non seulement aux propriétés analgésiques du gaïacol, mais encore à l'action antiseptique que les vapeurs de ce médicament exerceraient sur la cavité buccale et sur le pharynx.

L'amylénol

Le salicylate d'amyle, ou amylénol, se rapproche beaucoup de son congénère, le salicylate de méthyle dont il peut être considéré comme un succédané très avantageux. M. Odilon Martin donne à ce sujet, dans le *Nouveau Montpellier médical*, des indications qui permettent d'utiliser ce médicament. Il paraît plus actif que le salicylate de méthyle et, d'autre part, a le grand avantage de n'avoir pas cette odeur forte et souvent nauséeuse qui caractérise ce dernier.

Son emploi a très bien réussi dans le rhumatisme polyarticulaire ; on en use comme du salicylate de méthyle.

Pour les douleurs articulaires, on effectuera sur chaque articulation un premier badigeonnage avec 0 gr. 75 à 1 gr. 50 de salicylate d'amyle (soit XV à XXX gouttes environ), en évitant toutefois, s'il y a plusieurs articulations atteintes, de dépasser la dose de 5 gram. pour une journée ; — on recouvre la surface badigeonnée d'une toile imperméable et d'une couche d'ouate assez épaisse, maintenue à l'aide de quelques tours de bande exerçant une légère compression.

L'application sera recommencée le lendemain, puis, à mesure que s'atténuent les douleurs et l'empâtement articulaire, on emploie des doses de plus en plus réduites.

Dans ces divers cas, l'amylénol peut aussi être

---

aussi bonnes d'ailleurs les unes que les autres, qui couvrent le marché. Toutes ont leurs qualités et leurs faiblesses. Je décrirai simplement comme voiture légère celle que M. Buat, de Senlis, présente depuis quelque temps aux membres du « Concours ».

Il faut bien savoir d'abord, que, dans toute voiture, la partie essentielle est le moteur. Deux types de moteurs ont fait leurs preuves et jouissent d'une réputation méritée. Ce sont le de Dion et l'Aster, qui ne diffèrent d'ailleurs que dans les détails. Bien d'autres maisons, Panhard, Mors, G. Richard, Delahaye, construisent d'excellents moteurs. Mais on ne les voit guère que sur les voitures sortant de leurs ateliers. Presque tous sont polycylindriques. Or, pour nous, médecins, un moteur à deux cylindres est une incontestable complication. On vous dira qu'il donne à l'allure de la voiture plus d'élasticité, plus de liant. Si l'on ajoute, comme le fait M. Buat, un volant supplémentaire, le moteur monocylindrique, situé dans l'axe de la voiture, est aussi bien équilibré que possible, et j'ai pu m'assurer, *de visu*, qu'il secouait très peu, même à l'arrêt. — On vous dira aussi qu'en cas d'avarie à l'un de vos cylindres vous pourrez rentrer avec l'autre. C'est une assez mauvaise recommandation et vous vous exposez à démolir les deux. Les avaries survenant dans l'ossature du moteur sont rares, exceptionnelles. Les défectuosités de l'allumage ou de la carburation peuvent atteindre aussi bien les polycylindres que les monocylindres. Enfin, les forces de chaque cylindre ne s'additionnent pas. Deux cylindres de 5 chevaux ne valent pas un seul cylindre de 10, et, observation fort importante, dépensent beaucoup plus. Tout ceci, bien entendu, ne s'applique qu'aux forces moyennes, car un monocylindre qui fait plus de 10 chevaux donne une explosion trop brutale.

La maison Buat emploie de préférence le de Dion. C'est assurément le meilleur moteur, construit sur un gabarit invariable, avec une précision et une solidité sans égales. Toutes les pièces, rigoureusement interchangeables, se rencontrent partout. La dépense est très faible, et le carburateur ne se dérange jamais. Je n'ai point touché au mien depuis six mois. L'allumage est certain, la maison de Dion ayant supprimé la vieille plaque d'ébonite de la came, source de tant de ratés et d'ennuis.

Dans la voiture Buat, la bobine se trouve située à trente centimètres de la bougie, et cependant ne peut chauffer. La faible longueur du fil de bougie est un énorme avantage, car le courant induit, dont la tension peut atteindre 20.000 volts (l'ampérage est modeste, heureusement) filtre au travers des plus épais isolants. J'insiste. Dans bien des voitures, la bobine est sous le siège. Le fil de bougie a plus d'un mètre de longueur, et, sur son parcours accidenté, côtoie de nombreuses pièces métalliques. Gare au suintement électrique et aux invisibles effluves qui font qu'aux pointes de la bougie n'arrive qu'une étincelle sans valeur.

Nous savons que la chaleur développée par l'explosion étant très considérable, le moteur à pétrole a besoin d'être artificiellement refroidi. Peu importe au fond, la température des parois du cylindre pourvu que cette température soit à peu près la même partout, et toujours. On comprend aisément que, la culasse étant très chaude, et le bas du cylindre relativement froid, la dilatation de l'ensemble soit inégale ; et le piston, trop libre en haut, ne l'est point assez en bas. Enfin, les huiles les plus résistantes, décomposées vers 280°, ne lubrifient plus à cette température. Tout moteur d'une force supérieure à 3 chevaux est donc refroidi par une circulation d'eau, et, — c'est là où je voulais en venir — cette circulation

administré à l'intérieur, à la dose de 2 à 3 grammes, en capsules de 0,20 centigr. (*Journal de Lucas-Championnière*).

M. Martin a employé les mêmes badigeonnages, avec un pareil succès, dans deux cas de *douleurs musculaires* (lombago), et en frictions sur un point de *pleurodynie* ; dans ces trois cas, l'effet utile a été rapide.

Enfin, à l'exemple de M. Chambard-Hénon, qui a employé le salicylate de méthyle dans la colique hépatique, M. Martin a utilisé l'amylénol avec un grand succès dans plusieurs cas de ce genre : il pratiquait un large badigeonnage de la région hépatique avec 2 grammes environ du liquide, puis recouvrait la région d'une toile imperméable. Très rapidement, la douleur a disparu, et on a été dispensé de l'emploi de l'injection de morphine, qui a toujours des inconvénients.

Pied plat ; traitement cinésique.

Pour appliquer le traitement cinésique au pied-plat, il faut, avant tout, bien se rendre compte du degré du mal.

Au 1er degré, alors que le sujet peut encore parfaitement porter son pied en dedans, le simple repos au lit avec enveloppements humides chauds fera disparaître toute douleur articulaire et musculaire en une quinzaine de jours. Après quoi, le malade pourra reprendre ses occupations avec ménagements.

Au 2e degré, ce traitement ne suffit plus, le malade doit apprendre à redresser lui-même son pied. Après un repos suffisant, le pied sera massé et soumis à des manœuvres passives de redressement.

Plus tard, le malade devra faire des mouvements actifs de supination et de flexion du pied. Au début, le sujet se croira dans l'impossibilité de pratiquer ces mouvements, mais petit à petit, il y arrivera.

Ces mouvements, il devra les faire couché, la jambe étendue et le pied libre ; ce n'est que plus tard qu'il pourra les faire debout et s'exercer à marcher ; à ces exercices, on ajoutera des manœuvres de gymnastique suédoise avec opposition manuelle.

Quand, par toutes ces manœuvres, le pied aura repris sa mobilité complète, que les douleurs auront disparu, alors on pourra faire porter une semelle à surélévation interne. Celle-ci devra être faite par moulage. Pour la nuit, on peut enrouler autour du pied une bande de flanelle de façon à accentuer l'attitude corrigée du pied en repos.

Au 3e degré, il faudra intervenir plus activement encore. Ce 3e degré ne devrait jamais se produire, si le pied plat était bien soigné dès le début.

La meilleure méthode est le redressement forcé jusqu'à hypercorrection sous chloroforme suivie d'application d'un appareil plâtré. Ce redressement peut se faire soit en une seule séance, soit par étapes, suivant la gravité du cas. Quand on sera arrivé au résultat désiré, c'est-à-dire à l'hypercorrection, on enlèvera l'appareil et on appliquera le traitement orthopédique.

L'intervention sanglante, toujours grave et d'une efficacité douteuse, est rarement indiquée ; le redressement forcé suivi du traitement orthopédique viendra à bout des cas les plus invétérés.

Il est évident que si on voulait, pour ce 3e de-

---

se fait par thermo-siphon ou par pompe. Le thermo-siphon est bien superieur si le moteur est monocylindrique et ne fait pas plus de 10 H. P. Dans la voiture établie par M. Buat, la circulation se fait par thermo-siphon, et c'est encore une qualité, car la pompe à engrenages ou à volant complique énormément la voiture. C'est d'ailleurs une farceuse incorrigible et en hiver, elle est terrible.

De plus, cette circulation, à peu près invisible, ne cache rien et ne gêne rien. En cas de fuite au réservoir, il n'est pas nécessaire de démonter toute la voiture. Les radiateurs, placés au-dessus et en arrière du capot qui, lui, est entièrement dégagé, sont facilement accessibles, n'encombrent pas le dessous de la voiture et bénéficient de tout le courant d'air déplacé par la marche.

Entre le carter de manivelle et les cônes d'entraînement, se trouve un volant supplémentaire de poids et de volume calculés. Ce volant emmagasine une force considérable, donne à l'embrayage plus de douceur, et permet au moteur roulant en grande vitesse de ne pas tomber trop vite, dans les montées au-dessous de son régime normal.

L'entraînement est obtenu par friction de deux cônes. Rien à dire. C'est évidemment le meilleur système.

Les changements de vitesse sont à train balladeur, modèle communément adopté aujourd'hui. Tout ce que l'on doit demander, c'est que les rapports des pignons soient bien établis et que ces pignons, bien taillés, soient également bien trempés.

La grande vitesse de la voiture s'obtient par transmission directe du moteur à la couronne arrière sans interposition de pignons de renvoi, ce qui rend la marche à cette allure à peu près silencieuse.

La carrosserie est transformable. Vous pouvez mettre à la voiture un dais et des glaces, ou prendre le modèle qui a paru dans le « *Concours* » landau l'été, coupé l'hiver.

Enfin le prix de l'ensemble est moindre que celui des véhicules similaires, sortis des grandes maisons parisiennes, dont les frais généraux sont énormes. Tous les constructeurs ou à peu près, sont à l'heure actuelle hantés de la manie de la grosse voiture. De leurs ateliers sortent les 24 chevaux, les 40 chevaux, les 70 chevaux même, que l'on voit passer sur les routes dans un nuage de poussière ou de boue. Laissons ces admirables et chères voitures à ceux qui peuvent les acheter, les réparer et les nourrir. A nos besoins plus modestes, il faut des serviteurs plus maniables et d'un appétit moins dévorant. Consolons-nous de ne les point conduire en nous disant que la route a vite fait de les épuiser et de les détruire pièce à pièce ; car un assemblage de métal qui roule à 120 à l'heure, quelque bien boulonné et ajusté, soit-il, perd vite la précision qui fait sa souplesse et la rigidité qui fait son endurance. Laissons donc les grands constructeurs à la marotte qui les ruinera et tournons-nous du côté des modestes qui règlent leurs créations sur les besoins de leur clientèle et ne cherchent pas à la surexciter. La voiture légère présentée par M. Buat est certainement une des meilleures qui existent actuellement. Venue tard, elle a bénéficié de tous les progrès faits avant elle. Elle est simple, rapide et solide. Elle réunit tous les éléments d'un type définitif et bien conçu. Les confrères qui s'en servent la déclarent excellente. Elle est moins chère que ses sœurs de Paris ou de Lyon. Ne sont-ce pas là des avantages dont le simple énoncé mérite l'attention et inspire la confiance ?

II

Après la voiture légère que je n'ai pas, que je voudrais avoir, vient la *Voiturette*, qui sembla, au

gré, d'emblée se contenter de faire faire une semelle spéciale, on n'arriverait qu'à faire horriblement souffrir le sujet par suite de l'ankylose du pied.

Abcès de fixation et méningite cérébro-spinale.

M. *Probst* (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, octobre 1902) relate un nouveau fait à l'actif du traitement des maladies infectieuses par la production d'un abcès de fixation d'après la méthode de Fochier.

Un jeune homme, robuste et ayant toujours joui d'une santé excellente, fut pris subitement d'une céphalalgie violente avec fièvre et vomissements ; puis on vit survenir chez lui des symptômes non douteux d'une méningite cérébro-spinale, tels que raideur de la nuque, rachialgie (notamment au niveau de la portion lombaire de la colonne vertébrale), accès convulsifs dans les membres du côté droit, mydriasis avec affaiblissement de la réaction pupillaire à la lumière, herpès labial, constipation. Malgré l'application de glace sur la tête, l'usage interne de l'antipyrine et l'administration de purgatifs, ces troubles allaient en augmentant. On se décida enfin à pratiquer un abcès de fixation par injection de 10 cc. de térébenthine dans la paroi abdominale. A partir de ce moment, l'état du malade commença à s'améliorer lentement, mais d'une façon continue. L'abcès fut incisé au septième jour après l'injection. Il donna issue à 350 cc. environ d'un pus gris-jaune, sans odeur. Au bout de quelques semaines, la guérison fut complète et définitive. (*Bull. méd.*)

PHTISIOLOGIE

La tuberculose dans l'armée.

Nous recevions dernièrement de M. le Dr Despeignes (Les Echelles-Savoie) ces quelques mots : « *J'ai recours à votre obligeance pour favoriser un mouvement destiné à préserver nos enfants de la contagion de la tuberculose à l'armée.* »

Notre confrère fait sans doute allusion aux projets de loi déposés par M. le Dr Lachaud, et que nous avons reproduits le jour où ils ont obtenu devant la Chambre des députés le bénéfice de l'urgence qui assure leur maintien à l'ordre du jour.

Il est certain que le corps médical aura bien garde de se désintéresser de ce mouvement. A l'Académie de médecine, à la Société d'Hygiène et de médecine publique, ont eu lieu, au cours des années dernières, des discussions très approfondies sur les moyens de lutter contre la contagion de la tuberculose dans l'armée. Le ministère de la guerre possède sur ce sujet des rapports aussi précis que complets, et s'en inspire dans les circulaires qu'il adresse aux chefs de corps et aux membres du corps de santé. Malheureusement, ces circulaires, non connues du public, ne sont pas toujours appliquées avec une rigueur scrupuleuse, et l'éducation des soldats qui peuplent les chambrées s'y montre parfois assez réfractaire, paralysant quelque peu la bonne volonté des chefs.

Quoi qu'il en soit, le mouvement est créé, organisé et entretenu : le *Concours*, les organes de la presse médicale ne le laisseront pas tomber.

Nous n'en voulons pour preuve que la publication, en un récent numéro du *Bulletin médical*,

---

commencement de 1901, devoir vulgariser l'automobilisme, et qui, depuis, par la faute encore des constructeurs, ne tint aucune de ses promesses. Il y a en effet plus de bénéfice à construire et à vendre une machine de 24 chevaux que 5 voiturettes de 4 ou de 6.

On parle bien d'une machine que doit présenter la maison de Dion : 6 chevaux, 2 vitesses. Je ne puis en dire ni bien ni mal, ne la connaissant pas. Mais je crains bien qu'elle ne réponde pas à tous les desiderata, sans pour cela ajouter foi à ce que disent les envieux de la célèbre marque. En pays accidenté, deux vitesses sont insuffisantes : c'est ici qu'une moyenne de marche ne signifie absolument rien. La voiturette dont il est question devant, en effet, donner une moyenne élevée, il faut que la grande vitesse soit de 40 ou 45, pour le moins. Si la petite vitesse est de 15 à 20, l'écart entre les deux est trop grand, au régime normal du moteur, pour permettre de franchir aisément les rampes de 6 à 10 %, qui sont les plus fréquentes. De plus, toujours d'après ce que j'ai entendu dire, cette voiturette ne possèderait pas de marche arrière, ce qui la fait bien peu maniable. Quelle que soit la valeur de sa construction, elle sera difficilement acceptée comme répondant à tous les besoins du corps médical. Elle aura ses détracteurs sans raison comme ses enthousiastes sans mesure ; ces derniers plus suspects, si on suppose qu'ils veulent simplement couvrir une erreur.

Je possède depuis deux ans une voiturette G. Richard, modèle 1901. Il y a dix-huit mois, ce modèle était un des meilleurs du marché. La maison G. Richard, renommée d'ailleurs pour la courtoisie de son accueil, construit toujours aussi bien. Mais, elle aussi, sacrifie au dieu du jour, elle ne travaille que pour les millionnaires. Je n'ai point lieu d'être mécontent de ma voiturette, puisqu'elle fait encore aujourd'hui la moitié de mes sorties et les fera longtemps encore. Cependant, je lui reproche d'avoir un moteur insuffisant comme force et capricieux comme rendement — mal équilibré d'ailleurs, puisqu'il fait son effort sur un bout d'arbre dont le volant occupe l'autre bout. Je lui reproche surtout la difficulté de sa mise en marche, située sur le côté, derrière la roue avant, que l'on doit écarter, et inaccessible lorsque le garde-crottes est couvert de boue. Comme elle n'a pas de circulation d'eau, elle est agréable en hiver. Mais elle est d'allure assez lente : la courroie de transmission peut occasionner quelques ennuis. Présentée comme un poney automobile, elle n'est en réalité que cela.

Je possède également une voiturette Renault, modèle 1901, à laquelle je ne connais pas de défauts, mais seulement des incommodités. Elle a un changement de vitesse très simple, auquel cependant la main doit s'habituer. De ses trois vitesses, l'une, la petite, n'est là que comme renfort, car elle ne sert pour ainsi dire jamais. La voiturette démarre fort bien en deuxième, et donne une marche moyenne de 32 à 33 kilomètres. C'est vraiment une très bonne machine, silencieuse et régulière. Mais je dois dire qu'elle n'a plus son moteur d'origine. Celui qu'elle porte actuellement est du type 4 1/2 H. P. Les sœurs jumelles qui ont conservé l'ancien 3 1/2 avec lequel elles ont été lancées, ne doivent pas marcher aussi bien. Je signale en passant l'incommodité du grand frein dont le levier s'abaisse en arrière. Il est difficile de le modifier.

Quoi qu'il en soit, je considère cette voiturette, extrêmement légère, et dont la dépense est véritablement insignifiante, comme étant le meilleur modèle de ce genre de véhicules.

Les de Dion 3 1/2 ont un moteur trop faible. Les

de l'article suivant que la rédaction nous dit émaner d'un médecin militaire et qu'elle nous permettra de lui emprunter pour donner satisfaction à notre correspondant.

SANATORIA POUR SOLDATS TUBERCULEUX.

Nous ne saurions trop louer l'heureuse initiative et les persévérants efforts de M. Lachaud et de ses collègues, qui veulent nous aider à lutter contre les méfaits de la tuberculose dans l'armée. Leur projet de sanatoria pour les soldats tuberculeux serait une excellente création, mais vouloir l'étendre indistinctement à tous les phtisiques de l'armée (4000 environ) serait un sacrifice bien onéreux pour l'Etat.

D'ailleurs, comme le faisait observer à bon droit, notre camarade le Dr Noël, dans le no 44 du *Bulletin médical* de 1902, il y a, pour ces malades, une profonde distinction à établir entre : 1o les tuberculeux des six premiers mois (tuberculeux latents) ; 2o et les tuberculeux des deux dernières années de service (tuberculeux par contagion).

A. — *Les tuberculeux des six premiers mois* sont, le plus souvent, des tuberculeux «latents», ayant une tare ancestrale, une graine enfouie au sein de l'organisme, un de ces ganglions strumeux bronchiques ou péritonéaux, dont parle M. le prof. Kelsch et d'où partent les bacilles de Koch pour produire ce processus morbide, qui se généralise et s'aggrave sous l'action déprimante des premières fatigues du métier militaire, du confinement de l'air des chambrées, de l'alimentation parfois défectueuse, du dépaysement, du changement radical d'existence.

Que de fois, aussi, n'avons-nous pas vu de vigoureux paysans habitués à vivre à l'air vif de leurs montagnes, s'anémier, s'étioler rapidement dans l'air lourd et méphitique des villes ?

Chez eux, l'air « ruminé » de la chambrée, la nostalgie, la timidité, amènent souvent cette dépression physique et cette déminéralisation, qui « préparent un lit à la tuberculose » et qui motivent une prompte réforme temporaire ou définitive.

Pour ces « prédisposés », pour ces « nostalgiques », est-il juste, équitable, que l'Etat les recueille et assure le traitement de leurs lésions non contractées à son service ? Nous ne le pensons pas.

Certes, au point de vue humanitaire et social, nous serions heureux de voir l'Etat entrer dans cette voie, mais ne demandons pas à la collectivité, à la nation, des sacrifices trop lourds, qu'elle ne saurait s'imposer !

B. — Au contraire, pour les *tuberculeux des deux dernières années de service*, nous voudrions que l'Etat fît traiter dans des hôpitaux spéciaux ses serviteurs robustes, tombés malades à son service.

En effet, avec quelques-uns de nos maîtres les plus distingués, nous pensons *que les six premiers mois de la vie militaire sont la véritable pierre de touche des* « douteux », qui ont pu échapper au crible du Conseil de révision et de la visite d'incorporation.

Avec les frimas de l'hiver, les fatigues inhérentes au dur métier des armes, les lésions tuberculeuses endormies se réveillent et une prompte sélection s'établit entre les « prédisposés latents » et les « non prédisposés », dont l'ensemencement tuberculeux pourra se faire « par contagion. »

D'ailleurs, que voyons-nous tous les ans après

---

4 1/2 type G., (vis-à-vis) seraient à peu près parfaites si le moteur était plus accessible, s'il existait trois vitesses, et si la circulation n'utilisait pas la pompe, incorrigible farceuse, et bien désagréable en temps de gelée dans une machine exposée à stationner longtemps aux portes.

Je connais assez peu les voiturettes Gladiator, Peugeot, Clément, etc. Un de mes confrères voisins se sert d'une Gladiator, dont il est très satisfait. Je les crois bien construites, très bonnes comme doublure, mais les unes un peu compliquées et les autres un peu faibles pour assurer un service journalier.

M. Buat, toujours très désireux d'obtenir la clientèle des médecins, met en circulation une voiture extra-légère, dont le prix n'atteindra pas 4000 frs et qui est, comme sa voiture légère, bénéficiaire des derniers perfectionnements. Moteur de Diou de 6 H. P. placé à l'avant — circulation par différence de densités — transmission par Cardan. La machine a deux vitesses et une marche arrière. Elle fournit facilement du 40.

Je ne crains pas d'insister sur les créations de l'usine de Senlis, au risque de paraître réclamiste, parce que je pense qu'en automobilisme comme en bien d'autres choses, la spécialisation est une des conditions du progrès. Partisan convaincu de la mise en commun des forces individuelles, j'estime que les médecins ont tout avantage à posséder des fournisseurs spéciaux dont l'unique intérêt est de les satisfaire. Un industriel n'ayant aucun sacrifice à faire au point de vue sportif, habitant une localité de peu d'importance, où les frais généraux sont modestes, propose au corps médical de lui construire des voitures bien adaptées, bien mises au point, qui seront d'autant meilleures que nous en achèterons davantage. Or, le moteur mis à part, (il vaut mieux en acheter un bon que d'en fabriquer un mauvais), toute la mécanique automobile est de la mécanique ordinaire. Il est préférable de s'adresser à quelqu'un dont l'intérêt est le même que le nôtre, que de se perdre dans la foule anonyme qui encombre de ses tardives doléances les cartons des grandes usines. Ayant à satisfaire plusieurs clientèles, dont nous ne sommes ni la plus riche, ni la plus sotte, et dont, partant, nous ne sommes pas la plus écoutée, les constructeurs, à genoux devant les rois de la vitesse, se moquent un peu de l'*humble* médecin, qui, pour 4 à 5.000 francs, voudrait être servi vite, être servi bien, et avoir encore, s'il n'est pas content, un petit droit de réclamation.

Laissons les grandes usines faire les grandes voitures, et cherchons ailleurs l'outil commode et sûr qui doit être notre compagnon quotidien.

III

Quant au choix à faire entre la voiture légère et la voiturette, bien des considérations le déterminent.

Si la contrée que vous habitez est montagneuse, ou simplement accidentée, la voiture légère, avec son moteur déjà fort et la résistance de tous ses organes vous est indispensable. Il en est de même si les routes du département ne sont pas aplanies au rouleau, si elles sont inégales et dures. Il en est encore de même, si, bénédictin de la clientèle, vous avez besoin de gagner beaucoup de vitesse. La voiture légère vous permettra de faire quarante kilomètres dans l'heure, c'est-à-dire que dans les paliers vous devrez marcher à cinquante. Et à ce propos, il ne faut pas oublier certains petits côtés de la question.

Cette allure de 50, la voiture légère est faite pour la supporter. Il n'y a donc pas trop à redouter l'u-

l'incorporation ? L'état sanitaire reste généralement bon du 15 novembre au 15 janvier ; mais, à partir de cette époque, la résistance organique des « douteux » est vaincue. Les malingres prennent le chemin de l'hôpital et les radiations deviennent nombreuses pendant quatre ou cinq mois.

Au printemps, la sélection est faite, les prédisposés sont éliminés. Et si ultérieurement, sous l'influence d'une pleurésie, d'une grippe, d'une rougeole, d'une broncho-pneumonie, le soldat « fait connaissance avec la tuberculose », il est juste que l'Etat, qui a appelé à son service cet homme bien constitué, le renvoie dans ses foyers guéri ou du moins très amélioré.

Pour ces « contagionnés occasionnels », il est donc à souhaiter que le projet de ces sanatoria militaires se réalise, car la société tout entière, devient responsable de la santé de cet homme valide, appelé sous les drapeaux pour la défense commune, et qui a contracté là, sous l'influence des mille vicissitudes de cette vie pénible, un mal long à guérir, un mal qui est une lourde charge, une menace perpétuelle de contagion pour sa famille.

Cette distinction entre les tuberculeux « endogéniques » des six premiers mois et les tuberculeux « exogéniques » des deux dernières années, nous paraît essentiellement équitable, car les uns sont les victimes « désignées » de l'hérédité ancestrale, les autres les victimes « fortuites » d'une contagion favorisée par les fatigues et le méphitisme de cette vie en commun.

Pour les premiers, le renvoi pur et simple par congé de réforme n°2 suffit ; pour les seconds, (maladie contractée dans le service), il serait juste qu'ils fussent d'abord traités dans un sanatorium militaire, puis renvoyés, guéris ou améliorés, dans leurs foyers, par congé de réforme n° 1, avec gratification renouvelable.

La réforme des soldats tuberculeux, en activité de service, soulève encore une question administrative digne d'intérêt.

Actuellement, tout « bacillaire » doit être promptement éliminé de l'armée. Cette mesure prophylactique est très salutaire, car elle restreint les dangers de contagion de cet agrégat social.

Aussi, pour obéir à l'esprit des circulaires ministérielles, les médecins chefs proposent-ils, pour la réforme n° 2, tous les tuberculeux qui, dès qu'ils se sentent légèrement améliorés, demandent à quitter l'hôpital et à rentrer dans leurs foyers ! Là, parfois, leurs lésions s'aggravent promptement et ces malheureux ne tardent pas à succomber aux progrès de leur mal.

Ces décès rapides, survenant presque au lendemain de la radiation de l'armée, sont d'autant plus pénibles que ces réformés n° 2 n'exemptent pas du service militaire leurs frères puînés, comme les soldats « morts sous les drapeaux. »

Or, si l'on tient compte de ces réformes hâtives mais nécessaires, et de l'évolution lente, mais presque fatale du processus tuberculeux, on éprouve, malgré soi, un sentiment pénible de commisération et on émet le vœu que la loi actuelle sur le recrutement subisse une modification en faveur de cette catégorie spéciale de malades.

Il serait bon, en effet, que les frères puînés de ces tuberculeux réformés n° 2, fussent dispensés du service militaire, si les frères aînés succombent durant l'année qui suit leur renvoi définitif pour tuberculose.

---

sure générale, bien que la résistance des matériaux ne puisse pas croître proportionnellement à l'effort de vitesse réclamé d'eux. — Voyez les vieilles Peugeot d'il y a dix ans à Daimler authentique. Elles se traînent sur les routes en comparaison des modernes sylphides de la locomotion nouvelle. Leurs massifs engrenages, leurs inébranlables charpentes ont résisté à tous les embrayages et se moquent encore de tous les caniveaux. Inversement, dans Paris-Vienne, des Panhard de 70 chevaux, véritables boulets sur les pistes, ont dû céder le pas aux voitures allemandes, moins rapides, moins puissantes, moins bien au point, simplement plus robustes. Les vieilles Peugeot vivent encore parce que, étant solides, elles allaient lentement. Les voitures modernes dureront moins parce que, solides aussi, elles vont vite. Si bien construit que soit le véhicule, au-dessus de 40 kil, la vitesse devient une cause sérieuse de fatigue générale, mais elle est surtout la cause d'une grosse consommation de pneumatiques, et là se trouve le nœud de la question.

Il faut bien dire que le pneu n'est pas tout à fait aussi fragile que généralement on le croit. C'est là cependant un véritable ver rongeur pour l'automobilisme pratiqué sur de grosses voitures. Plus la voiture est lourde et rapide, plus elle éreinte de pneus. On a bien essayé les pneus ferrés. Mais je n'en vois jamais : ils doivent donc avoir des défauts, dont le moindre est de trop bien ressembler aux roues ordinaires et de transmettre au mécanisme tous les chocs reçus par leur inflexible couronne.

Une voiture, dite légère, n'est legère que relativement. Les poids ordinaires varient de 6 à 800 kilos. Chaque pneu supporte donc un poids moyen de 150 à 200 kilos. Or il faut sortir tous les jours. Le soleil de midi sèche la pluie du matin. La gelée du soir remplace la tiédeur de midi. Il faut freiner souvent, mépriser les cailloux. Les chambres à air, elles aussi, fatiguent. A une certaine allure, les pièces collées chauffent et ne tiennent pas si elles ne sont pas appliquées par le dieu Michelin lui-même. Avec ces intempéries, je ne pense pas qu'un pneu de bonne qualité puisse marcher plus d'une année, dès que le poids qu'il doit supporter dépasse 200 kilos par roues.

En revanche, la voiture légère supporte admirablement la capote. Le vent ne la retarde guère. Les routes détrempées la salissent sans l'arrêter.

Et maintenant, nous pouvons établir entre la voiture légère et la voiturette, un bref parallèle dont voici les grandes lignes.

Voiture légère :

— Confortable et rapide.

— Supporte bien le poids supplémentaire de la capote. Les résistances de la route et du vent ne peuvent que modérer la vitesse.

— Très agréable comme voiture de famille, de tourisme ou de promenade.

— Peut seule assurer un service régulier dans les contrées un peu difficiles.

— Fait honneur et joie à son propriétaire. Lui vaut des compliments et des envieux.

— S'use en raison de son poids et de sa vitesse. Consommation de marche, modérée.

— Use tous les ans au moins le croissant de ses quatre bandages.

— Maximum 50 à 55. Moyenne 40.

Voiturette :

— Plus modeste : fait rarement envie, quelquefois pitié aux propriétaires orgueilleux d'un 4 cylindres.

— Suffisamment confortable : insuffisamment rapide.

Cette modification clémente, équitable, est réclamée aussi bien par humanité que par hygiène, car les familles de souche tuberculeuse donneront toujours à la patrie de piètres défenseurs, qui encombreront les hôpitaux.

En résumé, pour les soldats tuberculeux, voici quels seraient nos vœux :

1° *Pour les anémiés douteux* : la *réforme temporaire.*

Cette mesure excellente a donné déjà les meilleurs résultats.

2° *Pour les tuberculeux des six premiers mois* : *Réforme par congé n° 2*, avec dispense du frère puîné, en cas de décès dans l'année qui suit la réforme pour tuberculose.

3° *Pour les tuberculeux des deux dernières années* : *Réforme par congé n°* 1, avec gratification renouvelable et séjour minimum de six mois dans un sanatorium militaire.

Enfin, comme les tuberculeux « par contagion » sont dans la proportion de 1 à 4 ou de 1 à 5, leur chiffre total par année s'élèverait à 900 ou 1000 malades à hospitaliser : un sanatorium de 100 lits pour deux ou trois corps d'armée serait ainsi suffisant.

Réduite à ces justes proportions, cette question des sanatoria militaires pourrait être facilement résolue, surtout si l'Etat consentait à s'imposer quelques sacrifices pécuniaires et à installer ses soldats tuberculeux dans des hôpitaux « de fortune », c'est-à-dire dans des immeubles existants déjà et qu'il serait aisé d'aménager pour instituer le vrai traitement de la tuberculose : « la cure d'air. »

Dr P. B.

DERMATOLOGIE

La radiothérapie et l'actinothérapie dans les maladies de peau.

I. — *Radiothérapie.*

Les rayons Röntgen ont été introduits par Freund dans la thérapeutique des maladies de la peau. Celui-ci exposa à l'action de ces rayons un nævus pilosus, et il remarqua qu'au bout de quelques séances les poils tombaient abondamment au niveau des régions exposées. Cette expérience concluante engagea l'auteur à utiliser ce procédé pour l'épilation ; il employa donc la radiothérapie tout d'abord dans l'hypertrichose, puis dans le favus, et dans les autres maladies parasitaires du cuir chevelu.

Après avoir remarqué que les rayons Röntgen agissaient très bien dans la profondeur des tissus, Schiff recommanda également la radiothérapie dans le lupus vulgaire, et dans le lupus érythémateux. Suivit alors une période d'expérimentation de cette méthode dans toutes les affections cutanées, d'où l'on conclut que sous l'action des rayons X la peau prenait un aspect plus lisse et une coloration plus uniforme ; d'où leur emploi dans les folliculites, l'acné vulgaire, le sycosis, le nævus. Bref, on essaya ce procédé dans l'hypertrichose, le favus, l'herpès tonsurans, le sycosis simple et le sycosis tricophytique, l'alopécie, l'acné vulgaire et l'acné rosacée, la folliculite, la furonculose, le nævus, le psoriasis, le lupus vulgaire, et le lupus érythémateux, l'épithélioma, enfin dans l'eczéma chronique, et le prurit cutané localisé.

La plupart des premiers essais furent sui-

— Semble parfois souffrir de traîner sa capote. Roule bien en palier. Monte lentement les côtes. Peine contre le vent et la boue.

— Un peu d'huile, peu d'essence et presque pas de bandages.

— Maximum 35, moyenne 20 à 25.

En somme, ces deux véhicules ont les défauts de leurs qualités.

Il faut savoir que la vitesse se paie toujours assez cher. L'usure est petite, parce que l'allure est lente ; l'allure est lente parce que le moteur est faible. Et la voiture légère, plus agréable que la voiturette, est également plus dispendieuse. Mais on fera avec elle ce qu'on ne peut faire avec une voiturette : de la vitesse.

IV

L'entretien général d'un automobile n'est guère plus compliqué que celui d'une voiture attelée. Chez moi, chacun travaille en principe une semaine sur deux. Pendant la semaine de service, il ne reçoit qu'un nettoyage superficiel à la lance ou à l'éponge. Mais les graissages sont faits minutieusement à chaque sortie, ou plutôt à chaque rentrée, les réservoirs toujours pleins, les pneus toujours essuyés, les lanternes toujours prêtes. Pendant la semaine de repos, la toilette est, au contraire, très soignée. De plus, la machine est mise en route sur place tous les matins, et si une indisposition survient à sa voisine, elle est en état de la remplacer immédiatement.

J'ai dit plus haut que les pneus étaient beaucoup moins fragiles que leur réputation. C'est vrai, à la condition qu'ils soient bien soignés. En utilisant même sur les voiturettes, le type à croissant, dit renforcé, la durée du bandage se trouve très augmentée. Si les chambres sont neuves ou si les pièces qu'elles portent sont bien collées, elles peuvent rester en place bien des semaines sans qu'il soit nécessaire d'y toucher. Je ne suis pas partisan de leur donner un coup de pompe de temps en temps. On dérange ainsi les pièces de la valve. Il est préférable, dès qu'on remarque que les pneus commencent à s'affaisser, de les dégonfler complètement et de les regonfler de nouveau après avoir bien nettoyé les pièces de la valve. — Le pneu doit être gonflé à fond et ne pas avoir plus de quelques centimètres de contact avec le sol. — Si les chambres sont vieilles, insuffisamment talquées lors du remontage, si les pièces qu'elles portent se décollent légèrement sur les bords, elles ne restent pas étanches et vous agacent de leur mauvaise volonté continuelle.

L'usure rapide des pneus d'avant provient de ce que les roues ne sont pas parallèles. Un choc a pu fausser la fusée, ou la barre d'accouplement est trop courte ou trop longue. Les coups de freins trop fréquents ou trop brusques ont pour effet certain de limer les pneus sur le sol. Il en est de même des virages pris à grande vitesse. Outre le travail excessif imposé au différentiel, surtout si cet organe est placé sur l'axe des roues motrices, le pneu souffre beaucoup de la diversité d'allure imposée aux deux roues. Enfin le frein à levier des roues doit être un frein de *bloquage* instantané et ne servir que rarement. Toujours, en effet, les deux roues sont inégalement freinées. Sur un pavé gras, le véhicule dérape ou capote. Sur un sol uni et sec, il est fréquent de voir une des enveloppes se précipiter hors de la jante. Ces deux accidents sont sérieux et dans la marche à grande vitesse peuvent occasionner des désastres. Il est bien évident, comme je l'ai déjà dit que plus le véhicule est lourd, plus l'usure des pneus est rapide. Cette usure croît très vite avec la vitesse et avec le poids transporté : Un de mes confrères de la localité, qui em-

vis de résultats désastreux. On observait, sur les territoires exposés, des ulcères persistants, torpides, qui déterminaient une abondante vascularisation de la peau, et des cicatrices disgracieuses. Mais on apprit bientôt à éviter ces complications fâcheuses, en dosant la lumière, en diminuant la durée de son action, etc. Aujourd'hui, nous savons que pour obtenir de bons résultats de ce procédé thérapeutique, il faut que la réaction produite soit aussi légère que possible. La radiothérapie sera suspendue aussitôt qu'apparaîtront des douleurs subjectives, des démangeaisons, des sensations de brûlure, la moindre hypérémie, exfoliation, ou pigmentation de la peau. La réaction, en effet, est pour ainsi dire cumulative, si bien qu'elle apparaît brusquement, et peut augmenter progressivement les jours suivants : une légère hypérémie entraînera quelquefois à sa suite une rougeur intense, puis une ulcération. Si donc on n'arrête pas le traitement dès que la réaction se manifeste, celle-ci est encore accrue dans ses effets ; on peut avoir une dermite très accentuée, une nécrose des tissus et même une ulcération profonde. Il est d'ailleurs juste de dire que le résultat cherché s'obtient presque toujours dès le début de cette réaction, en quelque sorte minimale. Si les phénomènes réactionnels ne sont pas assez marqués et disparaissent au bout de quelques heures, on attend plusieurs jours, et, en l'absence des lésions inflammatoires mentionnées plus haut, on recommence la radiothérapie. Quelques symptômes prémonitoires (légère démangeaison ou brûlure) peuvent faire prévoir au praticien le début de la réaction un ou deux jours auparavant ; c'est à lui d'agir alors avec une extrême prudence. Dans l'hypertrichose d'ailleurs, on suspend facilement ce traitement à cette période, car l'épilation devient très aisée.

Nous n'insisterons pas sur les détails tout à fait techniques de la radiothérapie (intensité du courant, quantité des interruptions, qualité des ampoules); ils sont trop spéciaux pour intéresser le médecin praticien, qui préférera connaître les résultats du traitement dans les différentes maladies cutanées.

Hypertrichose. — Une seule forme d'hypertrichose est étudiée par Török et Schein (*Wien. méd. Woch.*, 1902, nos 18 à 23), ce sont les poils follets du visage chez la femme.

Dans ce cas particulier, l'action de la radiothérapie peut être durable. Dans ce but, il faut exposer quotidiennement la région pendant dix minutes aux rayons X, et cela jusqu'à ce que la réaction se produise. On arrête alors le traitement, puis on réitère 4 semaines après. Peu à peu on espace ces périodes thérapeutiques de 6 ou 8 semaines ; l'ensemble de la cure doit être prolongé 12 ou 18 mois durant (Schiff et Freund). S'il persistait encore une légère hypérémie ou pigmentation de la région malade au moment de recommencer une série d'applications radiothérapiques, on augmenterait les intervalles. La réaction apparaît bientôt d'une manière assez rapide ; au bout d'un certain temps, il peut suffire de 3 ou 4 expositions pour la produire.

L'action épilatoire des rayons X s'explique de la manière suivante : il se produit de l'hypérémie, puis de l'œdème du bulbe pileux, phénomènes qui font tomber le poil. Si on renouvelle cette action thérapeutique avant que les conditions normales aient pu se reproduire,

---

ploie, pour visiter une très nombreuse clientèle, une machine Bardon à deux cylindres pesant environ 900 kilos, ne fait à sa voiture que ce seul reproche : consommer trop de caoutchouc. Au contraire, la voiturette G. Richard, que j'emploie depuis deux ans, a toujours les mêmes pneus avant et les pneus arrière viennent seulement d'être changés. Ceux que j'ai retirés vont être envoyés chez Michelin, qui les réparera admirablement et ils feront encore toute la belle saison prochaine.

Car il y aurait erreur à croire que les pneus abimés soient perdus. Tant que les avaries portent sur les bandes de roulement, elles sont à peu près insignifiantes. Elles sont plus sérieuses sur les faces latérales. Elles sont très graves sur les talons. Les avaries au talon proviennent presque toujours de ce que le crochet des jantes est mal peint. L'eau le rouille, et le caoutchouc s'use.

Pour conserver ses pneus en bon état, il faut :
Les faire travailler ;
Leur éviter autant que possible le soleil ;
Les laver fréquemment ;
S'assurer que les jantes sont vernies ;
Gonfler toujours avec une pompe à manomètre pour que le gonflage soit complet ;
Veiller au parallélisme absolu des roues ;
Etre certain que les inévitables *coupures* de l'enveloppe ne pénètrent pas jusqu'à la toile. Entoilage mouillé, pneu pourri, pneu perdu ;
Ne jamais se servir de freins pour ralentir sa voiture.

Les freins d'un automobile sont là pour éviter un accident et parfois pour diminuer la vitesse en pente un peu raide. Les débrayages, les modifications de l'admission, le jeu du ralentisseur, doivent suffire et suffisent si on n'arrive pas à toute allure sur le derrière d'une charrette immobile. Il faut avoir le pied sur le frein, pouvoir bloquer et ne pas le faire.

La capote est indispensable : non pas qu'elle serve souvent, mais elle donne à la voiture un air de confortable et d'aisance : Peu importe la forme. La capote dite « américaine » a le mérite de se lever et surtout de se baisser à volonté. Au bout de quinze jours tout voituriste déteste la capote, mangeuse de force, et se contente d'un imperméable quelconque.

Les voitures contruites par M. Buat et dont la carrosserie est transformable, doivent être très pratiques. Il suffit de serrer ou de desserrer quatre écrous, pour faire d'un coupé un duc, ou d'un duc un coupé. Je pense que le confrère qui posséderait une de ces voitures légères à moteur de 8 chevaux et la voiturette de 6 chevaux pour doubler la première, serait un homme très heureux.

Quant à la glace, je n'en parle pas. Elle n'est utile que lorsqu'il pleut, et lorsqu'il pleut mes verres de lorgnon me gênent bien assez. On peut d'ailleurs en mettre autant que l'on veut. Question de goût et de tendances.

Il serait quelquefois agréable d'avoir une chaufferette lorsqu'il gèle. Les pédales empêchent ce sybaritisme. Il est plus simple d'avoir deux tuyaux d'échappement, un pour l'hiver, un pour l'été. Celui d'hiver perce le plancher de la voiture en un point convenablement choisi, décrit une courbe et retombe dans le silencieux. Je ne me suis pas aperçu que ces deux coudes, de rayons aussi grands que possible, *gênent* en quoi que ce soit l'échappement.

Un tablier de cuir partant du haut et non du bas de la tablette du capot, et laissant au-dessus de lui tous les organes de direction et de manœuvre, vous rendra les plus grands services. Il est bien plus indispensable que la capote, et avec lui on ne sent jamais le courant d'air de la marche.

il en résulte pour la papille un trouble intense de nutrition, et finalement celle-ci s'atrophie.

Pour éviter les accidents consécutifs de la radiothérapie signalés plus haut, il est très important de savoir déterminer le moment auquel commence la chute des poils ; pour cela, on emploie une pince épilatoire, et dès qu'il devient possible d'arracher facilement le poil, on juge la réaction suffisamment accentuée. Cette chute totale des poils n'est pas toujours rapide ; il faut compter une ou deux semaines.

Schiff et Freund, qui emploient ce traitement depuis trois ans, n'ont jamais vu de récidives se produire, quand la cure avait été prolongée pendant 14 ou 18 mois ; on ne saurait cependant accorder toute confiance à ces données. Toujours est-il que la guérison de l'hypertrichose persiste le plus souvent durant dix mois, si l'on arrête le traitement dès qu'on a obtenu la chute totale des poils. (Török et Schein).

Favus. — Le favus est une affection rebelle, qui nécessite par les procédés ordinaires un traitement parfois très long ; la guérison même ne survient le plus souvent qu'avec la chute totale des cheveux. Or, il est possible, grâce à la radiothérapie, de faire disparaître rapidement cette affection (en quelques semaines) ; la région malade seule s'épile et devient glabre ; le champignon est éliminé en même temps que le poil. Les récidives sont rares, et faciles à combattre. Dans cette affection, la radiothérapie constitue la seule thérapeutique rationnelle ; ses effets sont d'autant plus rapides que l'inoculation du champignon est plus récente.

Herpès tonsurans. — Les mêmes considérations s'appliquent à la trichophytie du cuir chevelu. Cinq à six semaines suffisent pour amener la guérison.

Sycosis coccogenes. — Les rayons X. ont permis aux auteurs d'obtenir des résultats excellents chez des jeunes gens de 25 ans. Leur affection datait de deux ou trois ans et résistait à toute espèce de traitement. Les régions malades furent exposées quotidiennement aux rayons, et la réaction survint au bout de 10 à 15 jours ; les lésions rétrocédèrent rapidement : il y eut épilation, mais les poils repoussèrent, dans un cas tout au moins, sans amener de récidive. Dans l'autre cas, il y eut à ce moment une récidive qui guérit d'ailleurs facilement. Schiff et Freund ont également rapporté à la Société médicale de Vienne, de nombreux cas de sycosis guéris par la radiothérapie ; les quelques récidives observées disparurent au bout de quatre ou cinq expositions.

Acné vulgaire. — Cette affection peut aussi guérir définitivement par les rayons X. ; les femmes, traitées pour de l'acné menstruelle, n'ont plus présenté aucun accident cutané au moment de leurs règles. La radiothérapie aurait une action destructive sur les germes parasitaires, et inhibitrice sur les glandes sébacées et sudorales.

L'*acné rosacée* serait également influencée d'une manière favorable par ce mode de traitement.

Lupus vulgaire. — Les rayons Röntgen auraient une action spécifique sur les tissus malades, car ceux-ci semblent plus sensibles à la réaction, qui apparaît plus facilement à leur niveau que dans les zônes voisines. On n'est pas encore fixé sur la guérison définitive de cette affection par ce procédé. Toujours est-il que son application est moins douloureuse que celle des méthodes

---

Enfin il faut être éclairé à l'acétylène. Cela vous permettra de ne jamais employer la trompe aimée des cyclards. Un bon conducteur doit être assez maître de ses nerfs et de son allure pour ne jamais agiter cet outil laid, incommode et bruyant. Le soir, toutes les voitures qui de loin aperçoivent les yeux éclatants des phares, véritables soleils, se rangent le long des fossés. Elles devraient bien y rester. Un bon phare et deux lanternes à acétylène vous éclairent à 40 mètres. Les tas de cailloux, les caniveaux, les ivrognes et les chiens s'enlèvent en noir sur la route blanche. Aucun danger. Phare et lanternes seront alimentées par un générateur placé dans la voiture. La pression est bien plus forte qu'avec les auto-générateurs. De plus, ce phare et ces lanternes sont des lanternes à pétrole ordinaire, dont le réservoir est toujours plein. Les becs à pétrole, *munis* de leurs mèches, sont dans la voiture. En cas d'avarie au système (je n'en ai jamais eu) le remplacement d'un mode d'éclairage par l'autre peut se faire instantanément.

Afin de fixer les idées sur la quantité des accessoires indispensables, voici la liste des objets de première nécessité qui ne doivent jamais être oubliés par la voiture sortant pour quelques heures.

Une chambre à air. — Un protecteur à lacets pour enveloppes. — Une valve. — Une pompe et sa tuyauterie. — Un nécessaire pour réparations de pneus. — Une planchette de forme spéciale pour soulever la voiture.

Un accu ou deux piles sèches. — Un voltmètre ou un ampèremètre. — Une bonne bougie. — Du fil de bougie. — Du fil d'allumeur. — Une vis platinée. Un trembleur (de Dion).

Deux soupapes complètes (échappement, admission). Un chapeau de roues. Une burette à essence. — Une burette à huile. — Deux litres d'essence.

Plus l'outillage spécial à la voiture que le constructeur livrera avec elle.

Avec cela vous n'avez pas grand'chose à redouter des accidents de route. Parti sans hâte, rentré sans peine.

V

Et maintenant, quelques mots encore.

Que vous liquidiez brusquement ou graduellement votre cavalerie, un automobile unique ne peut pas suffire. Il suffira plus ou moins, suivant le service qu'il devra faire, mais il est indispensable, les heures de sortie étant nécessaires et non facultatives, de lui adjoindre une aide, si légère soit-elle, fût-ce l'aide d'une simple bicyclette.

« Comment, ayant dans ma remise, une voiture neuve et bien entretenue, je ne puis pas compter sur elle en tout temps, à toute heure ? ».

« Non, mon cher confrère, vous ne le pouvez pas. D'abord, parce qu'à ce jeu-là, cette voiture, dont vous êtes si fier, ne restera pas longtemps neuve et ne sera pas longtemps bien entretenue. Ensuite, parce que les locomotives qui roulent sur rails passent fréquemment à la fosse, et que votre voiture, qui roule sur pneus, a besoin d'y passer aussi. Enfin et surtout parce qu'il suffit d'un oubli pour empêcher sinon pour retarder votre départ. — C'est un graisseur resté levé qui s'épanche dans le carter. — C'est le contact laissé sur la marche qui vide silencieusement vos piles (le trembleur étant dans l'encoche). — Manque de précaution ou d'habitude:.... étourderie fréquente chez les gens à cervelle occupée !

Il faut donc doubler votre auto. — Une simple bicyclette si vous êtes jeune ; un motocycle si vous êtes ardent ; une autre voiture, si vous être riche. Mais, croyez-moi, une fois sorti de la période d'es-

ordinaires, plus facile et plus rapide que celle de l'actinothérapie.

Lupus érythémateux. — La guérison de cette lésion nécessite souvent des applications radiothérapiques répétées. On ne peut juger des effets du traitement, qu'au bout d'un laps de temps assez long, car des régions primitivement guéries peuvent devenir ultérieurement le siège de nouvelles poussées inflammatoires. On ne peut encore se prononcer d'une manière certaines sur les résultats définitifs de ce procédé.

La radiothérapie peut quelquefois guérir ou améliorer *le carcinome épithélial.*

II. — *Actinothérapie.*

Au point de vue de leur action thérapeutique, Finsen a divisé les rayons en deux catégories bien distinctes : les rayons chauds (rouge, jaune, vert), sans effets irritants sur la peau, plus spécialement employés dans les maladies infectieuses exanthématiques, — et les rayons chimiques (bleu, violet, ultra-violet), qui ont sur la peau une action excitante.

Ces derniers sont les seuls employés dans le traitement des affections cutanées. Leur action repose sur trois propriétés fondamentales : 1° ils ont la faculté de détruire les cultures microbiennes, 2° ils pénètrent profondément dans la peau, à la condition que celle-ci soit exsangue ; 3° ils produisent une inflammation photochimique, qui altère les tissus malades, et augmente la force réactionnelle des tissus sains.

Nous ne décrirons ni l'appareil de Finsen, ni celui de Lortet et Genoud ; nous nous contenterons d'indiquer le principe de la méthode, disant qu'on peut employer comme source lumineuse soit le soleil, soit, de préférence, l'arc voltaïque, plus riche en rayons chimiques. En premier lieu, les rayons doivent être intenses, et concentrés ; ils doivent être très riches en radiations bleues, violettes, ou ultra-violettes, et renfermer peu de radiations caloriques. Ensuite la région traitée doit être autant que possible exsangue, car le liquide sanguin absorbe les rayons lumineux. Enfin, pour que les rayons employés soient refroidis, on fait absorber les radiations chaudes par un courant d'eau froide.

D'après Finsen, les maladies de peau les plus justiciables de l'actinothérapie, sont celles dont les lésions siègent plutôt superficiellement, sont circonscrites et de nature microbienne. Aussi a-t-il traité plus spécialement le lupus, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, l'épithéliome, l'acné, le nœvus vasculaire, la tuberculose cutanée, l'herpès tonsurans, le favus, l'eczéma, le sycosis, l'ulcère syphilitique.

Török et Schein nous donnent le résultat de leurs observations faites dans leur Institut dermatologique de Budapest ; elles sont encore peu nombreuses.

Le *lupus vulgaire*, ainsi que le *lupus érythémateux*, semblent favorablement influencés par l'actinothérapie. La durée du traitement dépend de l'étendue de la lésion, car les appareils spéciaux ne permettent d'exposer aux rayons que des régions d'un diamètre assez restreint. Il semble aussi que le pronostic soit meilleur dans les affections dont le début remonte à moins de dix années. L'action de l'actinothérapie sera d'autant plus laborieuse que les tissus seront plus fibreux, couverts de pigmentations brunes, qu'ils présenteront des infiltrations secondaires, toujours d'un accès difficile aux rayons chimiques, surtout, si leur épaisseur est grande. L'en-

---

sai, ne le doublez pas par un cheval à titre définitif. Car alors toute économie disparaît. Car une lutte quotidienne s'établit entre votre intérêt, qui veut que le cheval travaille puisqu'il mange, et votre plaisir, qui veut que l'auto travaille parce que rouler derrière un moteur à essence est plus agréable que de rouler derrière un moteur à crottin.

Pour vivre dans une quiétude absolue, il faut avoir deux véhicules. Peu importe quel soit le second, pourvu qu'il puisse faire une course pressée au cas d'une avarie imprévue ou subite survenant au premier ténor.

Au médecin qui s'installe on peut donner le conseil de se procurer une voiture légère, de la bien étudier, de ne se hasarder à la conduire que lorsqu'il sera sûr de ne pas l'abîmer. Les jours de mauvais temps ou de repos nécessaires, il la doublera par un cheval de louage. Au bout de 5 à 6 mois, ce confrère cherchera une voiturette d'occasion qu'il pourra alors choisir, sans craindre d'être trop honteusement volé. Et avec ces deux véhicules, à la condition de s'en occuper souvent et de faire en temps voulu les petites réparations urgentes, il pourra rouler dix ans sans aventures.

Le médecin déjà installé garde un cheval pour assurer la transition. Il se guidera sur sa bourse, sur l'état des routes, sur la longueur de ses étapes habituelles pour fixer son choix entre voiture légère et voiturette. Et lorsqu'il sera familiarisé avec ce genre nouveau de locomotive, il vendra son dernier bucéphale et le remplacera par le véhicule de renfort le mieux adapté à ses besoins et que l'expérience lui aura suggéré.

VI

Si j'ai pu, dans cette rapide étude, à la fois trop longue et trop courte, persuader quelques indécis et obliger à réfléchir quelques timides, j'aurai rendu service à la cause jeune encore de l'automobilisme. Cette cause, qu'il faut plaider aujourd'hui, sera gagnée demain par la seule évolution des choses. Sachons bien qu'il n'y a, contre l'automobilisme, que des préjugés d'incompétents ou des partis pris de dilettante. Tous les arguments, plus spécieux que réels, ressassés contre lui, se terminent en celui-ci, le fin du fin, quintessence de l'esprit de dindon, impuissant, prétentieux et jaloux : *« Et puis çà sent mauvais. »*

Et l'échappement de Cocotte, cher Monsieur, l'avez-vous senti, les jours où votre bête, qui ne fut pas élevée sur les genoux d'une archiduchesse, à défaut d'autres libertés, s'offre la liberté du ventre! Sentez, comparez, et, de grâce, taisez-vous.

Naguère, la plupart des médecins de France faisaient leurs visites à cheval. Sur les bas-côtés du chemin, le lent animal secouait son trot docile. De tout temps le médecin fut rêveur.. Et notre confrère d'autrefois s'en allait, mêlant à la poésie qui lui montait des choses, le souci de son art ingrat. Puis le médecin à cheval fit place au médecin en voiture, déjà moins bonhomme et que, je ne sais pourquoi, on se figure moins vieux... Et maintenant le cabriolet s'efface, l'auto s'élève : παντα ρει.

Ayez la volonté de le connaître et l'audace de l'adopter, non seulement parce qu'il est plus commode, plus rapide et moins cher, mais parce qu'il met en travail l'être tout entier, parce qu'il devient nous-même, parce que, rien mieux que lui ne stimule et ne développe les qualités natives du cœur et de l'intelligence, parce qu'il est un agent certain d'affranchissement et de progrès..

Et après avoir longuement parlé de ses avantages, je regrette de n'avoir ni le temps ni la place de parler aussi de sa beauté. Dr Coup (de Méru, Oise).

vahissement des surfaces muqueuses retarde également la guérison. Le traitement peut se prolonger durant trois ou quatre mois, et même une année ou deux, ou encore davantage. Cette méthode thérapeutique comporte également plusieurs phases, dont la première est la plus importante.

Après cette première phase, le malade ne doit pas encore être considéré comme guéri ; il est soumis à l'observation pendant une certaine période, durant laquelle peuvent se développer de nouveaux noyaux, qui nécessitent la reprise du traitement.

Jusqu'à présent, 700 malades atteints de lupus ont été traités dans l'Institut de Finsen. Cette affection a pu, grâce à l'actinothérapie, être guérie dans 85 pour cent des cas, alors qu'on n'obtenait auparavant, par l'emploi des autres méthodes, que 6,5 pour cent de guérisons. Finsen a en somme guéri 498 malades (85 p. cent), parmi lesquels 130 n'ont présenté aucune récidive dans un laps de temps de 1 à 5 ans ; quant aux autres, il est encore impossible de se prononcer sur la possibilité d'une récidive, car leur guérison est trop récente. (Huber. *Wien. Méd. Wochens*, 1902, n° 26.)

Sabouraud, qui a pu traiter vingt lupus à Saint-Louis, par l'actinothérapie, porte le jugement suivant : « En ce qui concerne les lupus tuberculeux, on peut dire que la méthode photothérapique en est le traitement spécifique. Il est incontestable que l'on peut arriver à guérir avec le minimum de dégâts possibles dans chaque cas donné toute surface lupique ulcérée ou non ulcérée, à laquelle le rayon lumineux peut atteindre. Le résultat est admirable ; aucune autre méthode ne le fournit d'une façon aussi sûre et aussi régulière. »

Voici d'ailleurs quels sont d'une manière générale les avantages de la méthode de Finsen. Les résultats, dans le traitement du lupus, sont très encourageants, car il n'est pas douteux que cette proportion de 85 % ne s'élève à bref délai ; son application n'est pas douloureuse, elle ne dérange pas le malade de ses occupations journalières. Enfin elle est excellente au point de vue esthétique, car les cicatrices sont remarquablement plates et molles. Le seul grand inconvénient de la méthode, c'est qu'elle soit onéreuse et qu'elle exige un traitement prolongé ; en outre, les muqueuses ainsi que certaines régions du corps sont difficiles à aborder avec les appareils à photothérapie. Enfin elle ne met pas absolument à l'abri des récidives (lupus) ; mais il suffit de suivre le malade après sa guérison et, s'il est nécessaire, de recommencer le traitement, une ou deux fois seulement ; on est alors presque certain d'un résultat définitif.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'avenir des Syndicats médicaux.

Il y a une vingtaine d'années que les médecins ont commencé à constituer un peu partout des associations purement professionnelles, principalement destinées, par une entente commune, à défendre leurs intérêts matériels. Il y a 10 ans seulement que la loi a reconnu à ces associations la personnalité civile et les droits impartis aux autres syndicats professionnels par la loi de 1884.

Or, il faut bien convenir que le mouvement d'expansion et de prospérité des Syndicats médicaux n'a pas répondu à l'enthousiasme de leurs fondateurs. Certes, ils se sont développés et multipliés ; mais ils ont perdu leur vigueur première. Presque partout, ont surgi des doutes sur les services rendus par eux, et, depuis quelque temps, on cherche la formule qui les galvanisera. Peut-être la période de tâtonnements va-t-elle cesser ; des résolutions vraiment intéressantes et énergiques ont été prises par plusieurs syndicats, et leur protagoniste, le *Concours médical*, a consacré tout son numéro du 28 juin à faire connaître cette orientation nouvelle.

L'analyse des causes de la maladie de langueur dont nous souffrons n'est pas bien compliquée ; elle se déduit de la fondation même et du fonctionnement de nos associations.

Les premiers adhérents, et il en est à peu près de même actuellement, ont été de deux sortes : d'une part, les heureux de la profession, en même temps d'une haute moralité professionnelle, convaincus qu'un tel groupement aurait pour résultat une amélioration générale dans l'exercice de la profession et désireux de donner à leurs confrères toute l'aide dont ils se sentaient capables ; d'autre part, une partie de ceux qui éprouvaient le besoin personnel de se sentir soutenus dans une lutte difficile. Par contre, les abstentionnistes englobaient et des gens délicats, entichés de vieilles formules et soutenant que le mot de syndicat sonnait mal à leurs oreilles bercées de l'illusion du sacerdoce — ceux-là sont rares, il est vrai ; — des indifférents peu perspicaces, ne comprenant pas l'utilité de l'association dans les professions libérales, et des malins qui ont cru pouvoir profiter, qui ont en réalité profité de certains avantages indéniables, conquis par les syndiqués, sans aliéner une parcelle quelconque de leur liberté. Je ne veux pas parler des brebis galeuses qui pouvaient difficilement frapper à la porte d'une réunion d'honnêtes gens.

De ces abstentions trop nombreuses, il est résulté que la discipline n'a pu s'implanter dans les syndicats, et sans la discipline, il n'y a pas d'action vigoureuse possible. Sans doute, il est de mauvaise foi de ne pas reconnaître que partout où l'on a fondé des syndicats, on a pu facilement arriver à un relèvement général des honoraires, obtenir souvent une jurisprudence équitable devant les tribunaux, faire aboutir des poursuites contre des charlatans. Mais quelques résultats isolés ne donnent pas l'impression d'une action décisive.. Au sein des associations elles-mêmes, on perçoit facilement des germes d'impuissance et de stérilité venant de ce que chacun n'est pas convaincu que le voisin ne transgresse pas plus ou moins ouvertement les décisions prises par l'ensemble, et ces décisions elles-mêmes ont dû presque toujours rester assez vagues pour ne pas fermer la porte à de malheureux compromis, de crainte qu'elles ne devinssent sinon inexécutables, au moins trop souvent inexécutées.

Au dehors, les dissidents, et des meilleurs, s'autorisent de ces flottements pour nier l'influence des syndicats et refuser d'en faire partie, arguant que les adhérents ne se sentent pas

eux-mêmes assez tenus à observer leurs propres résolutions.

En fait, les seuls syndicats qui aient pu vraiment donner une mesure assez complète de leur action possible sont ceux qui ont eu le bonheur d'avoir à leur tête des hommes énergiques, ayant la confiance entière de leurs confrères par l'âge, la situation incontestée, ou le prestige des services rendus et qui, ne comprenant qu'un petit nombre d'adhérents, l'unanimité ou la quasi-unanimité des praticiens d'une petite ville ou d'une région restreinte, ont eu la sensation nette qu'ils pouvaient ce qu'ils voulaient et que l'intérêt général était bien évidemment l'intérêt de chacun.

Ceux-là sont les sages et les heureux, mais il sont rares. Encore est-il exceptionnel que cet état de bienfaisante dictature se perpétue. Nulle démocratie n'est plus athénienne que celle des médecins et on n'y écoute pas indéfiniment Aristide le Juste.

Et cependant, les difficultés qui ont fait surgir nos associations se sont multipliées. La cherté de la vie et l'accroissement des besoins, l'encombrement médical, diminuant les ressources et invitant aux capitulations de conscience, la multiplication des sociétés qui sollicitent ou veulent imposer le rabais des tarifs, l'accroissement du charlatanisme, l'évolution de la médecine elle-même, font mieux sentir de jour en jour la nécessité de l'union et l'impuissance de l'isolement.

Il faut donc agir. Il faut d'une part donner aux syndicats une telle autorité morale qu'elle oblige à l'affiliation non pas seulement la majorité, mais la presque unanimité des médecins ; que ce soit un honneur d'en faire partie et à tous les yeux une mauvaise note de rester à l'écart ou de ne pas oser demander son admission ou d'en être exclu. Et la condition de cette généralisation, en même temps que son résultat, doit être l'imposition de cette discipline raisonnée, volontairement acceptée, mais strictement observée qui peut seule imposer le succès et lever tous les obstacles.

La majorité des médecins n'a pas paru comprendre jusqu'ici la nécessité d'un conseil de l'ordre et de chambres de discipline, réclamés par tant d'esprits éclairés, et il semble bien que l'inscription obligatoire dans ce Conseil ait été la cause d'une prévention — injustifiée croyons-nous — près de quelques-uns de ceux qui craignent l'enrégimentement et le fonctionnarisme. Comme si l'ordre des avocats avait jamais étouffé leur indépendance !

Eh bien ! pareille objection ne peut se soutenir contre les syndicats devenus, par la volonté de tous et de chacun, de véritables chambres de discipline, vraiment libres, non officielles, n'obligeant personne à s'y affilier, mais garantissant, par un règlement sévère et une haute autorité morale, l'honneur de chacun de leurs membres.

Si, en Amérique, par exemple, la médecine libre, peut être exercée par des flibustiers, un contre-poids d'une haute valeur conjure les dangers de cette situation : c'est la constitution d'associations médicales garantissant, aux yeux des autorités elles-mêmes, la valeur scientifique morale de leurs membres. Ici, la valeur scientifique est garantie par l'Etat ; le syndicat doit se constituer le garant de la valeur morale, faire qu'en dehors de lui les autorités, les sociétés publiques ou privées doivent craindre de ne trouver que des flibustiers auxquels il soit dangereux de se confier.

Telle est — nous croyons l'avoir bien comprise — l'idée que les protagonistes les plus éminents et les plus énergiques du mouvement syndical se sont peu à peu formée pour susciter les réformes nécessaires.

Les évènements se sont d'ailleurs chargés de donner un appui, un corps, à ces conceptions qui pourraient sembler un peu théoriques.

Il est inutile de rappeler que, si nous n'avons pas toujours réussi à atténuer les sentiments de défiance et de jalousie qu'inspire trop fréquemment le Corps médical aux administrations publiques et à la magistrature, très souvent, par contre, elles ont accueilli avec bienveillance les réclamations des syndicats ou réclamé leur avis ; très souvent, elles ont pris leurs décisions pour base de leurs jugements. Mais il y a plus, et un jugement devenu célèbre a consacré les droits et les devoirs des membres des syndicats les uns vis-à-vis des autres. Le tribunal de Bourgoin, par un arrêt confirmé en appel, a montré que le contrat d'association formé par les statuts syndicaux était autre chose qu'une entente n'ayant de valeur que par la loyauté des contractants ; qu'il constituait un véritable engagement étroit et que l'inobservance des décisions prises était susceptible de donner lieu à des pénalités sous forme de dommages-intérêts.

Le syndicat peut donc et doit donc être autre chose qu'une association confraternelle uniquement basée sur la bonne volonté de chacun, bonne volonté pouvant péricliter sous la pression de certains évènements ; son caractère légal lui donne toute l'autorité dont il a besoin pour que ses décisions ne restent pas lettre morte.

A tout prendre, mieux vaudrait sans doute un syndicat ne réunissant qu'une minorité pleine de cohésion et résolue à maintenir une stricte discipline, plutôt qu'une majorité flottante et lâche, mal convaincue des obligations qu'elle a contractée. Mais nous avons trop de confiance dans les sentiments élevés et l'esprit avisé du corps médical pour ne pas croire que la majorité consente avec joie à l'idée de constituer enfin des sociétés homogènes, résolues et puissantes.

Au surplus, les idées qui viennent d'être exposées se sont traduites en actes, et il ne nous reste plus qu'à faire connaître sous quelle forme.

C'est le syndicat de l'arrondissement de Versailles qui paraît avoir eu, le premier, le mérite d'aborder résolument les difficultés d'une réforme et de la mener à bien, puisque, d'emblée, 50 médecins ont signé les statuts que nous allons analyser et que bientôt ces 50 médecins, par la propagande active qu'ils ont exercée, sont devenus 66.

Voici d'abord le programme :

A. Maintenir entre les membres du syndicat le culte de la dignité professionnelle et les obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux ; 2° avec les malades ; 3° avec les collectivités diverses.

B. Etudier et préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures

générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique ;

C. Poursuivre, par tous les moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les assemblées générales de la société ;

D. Assurer la défense des intérêts généraux des médecins de la région, sans porter atteinte à ceux des confrères des régions voisines ou de la famille médicale.

En regard du *droit* qu'acquiert le co-syndiqué à sa protection contre les préjudices qui peuvent l'atteindre ou le menacer, les statuts définissent ses devoirs :

Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite, par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de coalition politique ou religieuse établie en vue d'un intérêt professionnel, etc., etc. ;

3° Concours spontané au co-syndiqué menacé ou lésé.

Le point le plus important, c'est que non seulement on a énuméré ainsi, avec plus de netteté qu'autrefois, les obligations incombant aux syndiqués, mais que le maintien de la discipline nécessaire est garanti par des sanctions réelles, et suffisamment graduées :

Les pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 à 1,000 fr., l'exclusion, qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le syndiqué une *action judiciaire en dommages et intérêts*, dans le cas où l'amende ne suffirait pas à réparer le préjudice causé au syndicat.

Au reste, le prononcé de ces pénalités est justement entouré de toutes garanties pour qu'on ne puisse les infliger à la légère.

Enfin, il est encore à signaler que, si les moyens de propagande les plus actifs sont formulés expressément pour l'enrôlement des jeunes confrères, il est bien spécifié cependant qu'aucune hostilité ne doit s'exercer contre ceux qui persistent à se tenir à l'écart, tant qu'eux-mêmes n'auront pas fait acte de mauvaise confraternité ; sinon ce sera un boycottage sévère.

Telles sont les grandes lignes des nouveaux statuts, d'ailleurs très étendus et très explicites, du syndicat de l'arrondissement de Versailles. Le succès répondra-t-il à cet effort ? Nous le croyons sincèrement. Nous trouvons 142 médecins inscrits dans les annuaires pour l'arrondissement. En défalquant les non-exerçants, les 66 syndiqués forment certainement un peu plus de la moitié du total des praticiens. Il nous paraît certain que cette proportion est largement suffisante pour attirer à elle, dans un temps assez court, le plus grand nombre des médecins disposés à exercer honnêtement leur profession et à se défendre contre les autres, ainsi qu'à vaincre les résistances étrangères. L'union *solide et résolue* fait la force.

A. C.

N. D. L. R. — En remerciant M. le Dr Cerné, directeur de la *Normandie médicale*, de l'excellent concours qu'il vient d'apporter à notre propagande par la publication de cet article, nous sommes heureux de lui apprendre que sur les 142 médecins dont il parle, s'il ne s'en trouve que 66 dans le syndicat d'arrondissement c'est que Versailles a son syndicat urbain distinct, de 35 membres, et que les 10 confrères de Saint-Germain vivaient aussi en un groupe à part qui songe du reste à se rattacher à nous. Les isolés ne sont donc qu'une trentaine. Mais la grosse majorité de ceux-ci comprend des médecins âgés qui n'exercent pas, ou des confrères qui, tout en n'ayant pas signé nos statuts, s'associent à nos campagnes, au besoin par engagement d'honneur écrit. On n'en trouverait plus une demi-douzaine qui soient capables de traverser nos projets par hostilité avouée. L'avenir est donc bien à nous.

H. J.

REPORTAGE MEDICAL

Faculté et Hôpitaux.

Hôpital Pean. — M. Paul Viollet fait à partir du samedi 15 novembre, tous les samedis à 4 heures à l'Hopital Péan, 11 rue de la Santé, une série de leçons pratiques sur les maladies de l'oreille, de la gorge, du nez et du larynx.

Maladies des enfants. — M. Méry, agrégé, chargé du cours, a commencé le cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 12 novembre à 10 heures du matin (Hôpital des Enfants-Malades 149, rue de Sèvres) et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. M. Veillon : maladies de la peau les lundis à 10 heures. M. Cruveilhier. maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les mardis et samedis à 10 heures. M. Larat ; Electrothérapie les jeudis à 10 heures. M. Roche ; Maladies des yeux, les jeudis à 10 heures.

Clinique ophtalmologique. — M. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique, commencera le 17 novembre à 2 heures dans la salle de la consultation de la clinique à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique de maladies des yeux avec présentation de malades. Il le continuera les jours suivants. Ce cours comprendra 20 leçons. Il est spécialement destiné aux médecins praticiens et aux étudiants qui préparent le 5e examen de doctorat (1re partie). Il portera sur le diagnostic et le traitement des maladies les plus fréquentes de l'œil et de ses annexes, sur les soins à donner aux blessés dans les accidents de travail etc. Les droits à verser sont de 25 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet 3) les lundis, mardis, jeudis, samedis de midi à 3 heures.

Maladies chroniques, Maladies des Vieillards, Maladies de la nutrition ; maladies du système nerveux. — M. Pierre Marie commencera ce cours le mercredi 19 novembre 1902 au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis à la même heure.

La Chaire d'anatomie. — L'assemblée des professeurs, réunie le jeudi 13 octobre a désigné par 26 voix M. Poirrier pour occuper la chaire d'anatomie en remplacement de M. Farabeuf.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Raymond commencera le mardi 18 novembre à 10 heures du matin, à la Salpêtrière, le cours de clinique des maladies du système nerveux et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Clinique des maladies des voies urinaires (Hôpital Necker). — M. Legueu, agrégé, commencera le dimanche 23 novembre 1902, à 10 h. 1/2 du matin, un cours complémentaire sur les maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker (amphithéâtre des cliniques) et continuera tous les dimanches à la même heure.

M. Noguès a commencé un cours gratuit sur le diagnostic et le traitement des uréthrites le lundi 17 novembre. Ces cours, au nombre de 6, seront faits les lundis et vendredis à 11 heures au musée de la clinique des voies urinaires (Hôpital Necker).

Thèses de Doctorat. — Mercredi 26 novembre 1902, à 1 heure. M. Aveline : Contribution à l'étude de l'orthoforme ; de quelques accidents causés par son emploi particulièrement en obstétrique ; MM. Pinard, Terrier, Broca (Aug.), Lepage.— M. Robert : Contribution à l'étude du maxillaire supérieur. M. Terrier, Pinard, Broca (A), Lepage,— M. Chauveau : De l'évidement osseux dans la résection du genou pour tumeur blanche grave ; MM. Terrier, Pinard, Broca (Aug.) Lepage. — M. Guillet : Contribution à l'étude des fractures spontanées dans le tabes ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walter, Mauclaire.— M. Magnier : Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne. MM. Tillaux, Kirmisson, Walter, Mauclaire. M. De la Fouchardière : Des luxations de la tête du radius compliquant les fractures du cubitus ; MM. Tillaux, Kirmisson, Walter Mauclaire.— M. Renault : Contribution à l'étude des rapports entre l'idiotie et le rachitisme : MM. Brissaud, Déjerine, Wurtz, Broca (André). M. Clerjeau : Les différenciations adipeuses et pigmentaires du type féminin au point de vue de la physiologie de l'art et de l'anthropologie; MM. Brissaud, Déjerine, Wurtz, Broca (A.).— M. Brandamour. Traitement du lupus par le radium : MM. Gaucher, Roger, Teissier, Richaud.—M. de Saint Mathieu; Nouveau traitement de la coqueluche par une solution d'arséniate de soude électrolitique (la soderséine) ; MM. Gaucher, Roger, Tessier, Richaud.

Jeudi, 27 novembre 1902, à 1 heure. — M. Berthod : Les perfectionnements récents de la rachi-cocaïne. MM. Chantemesse, Chauffard, Achard, Méry. — M. Kiener : Des suppurations latentes dans la fièvre typhoïde. MM. Chantemesse, Chauffard, Achard. Méry. — M. Mansel : Dépression nerveuse post-grippale. MM. Brouardel, Dieulafoy, Renon, Janselme. — M. Dubois : Méningite purulente à bacille de Pfeiffer. MM. Dieulafoy, Brouardel, Rénon, Janselme. — M. Perfetti : Essai d'étude sur le caféisme dans les dermatoses. MM. Dieulafoy, Brouardel, Renon, Janselme.— M. Houllier : Etude clinique et anatomo-pathologique de trois cas de chondrosarcome ostoïde du tibia. MM. Cornil, Rémond Chassevant, Vaquez. — M. Bribon : Contribution à l'étude de la rachi-cocaïnisation. MM. Cornil, Renon Chassevant, Vaquez — M. Labignette : Du chlorure d'ethyl pur comme anesthésique général, MM. Cornil, Renon Chassevant, Vaquez.

Vendredi 28 novembre 1902, à 1 heure. — M. André : De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de l'épaule. MM. Tillaux, Reclus, Broca (Aug.), Mauclair. — M. Noirclaude : Du refroidissement des appendicites aiguës par les applications larges de glace sur le ventre ; MM. Tillaux, Broca (Aug.), Reclus, Mauclair. — M. Maringer ; Facteurs de gravité chez les syphilitiques : MM. Landouzy, Brissaud, Teisset, Besançon. — M. Crouzet : Contribution à l'étude des phlegmons et abcès chauds des parois thoraciques. MM. Brissaud, Landouzy, Teissier, Bezançon.

Samedi 29 novembre 1902 à 1 heure. — M. Monod : Réactions méningées chez l'enfant. MM. Hutinel, Gilbert, Vaquez, Méry. — M. Pruneau : Des indications du lavage de l'estomac en médecine infantile. MM. Hutinel. Gilbert, Vaquez, Méry. — M. Espitallier : Contribution à l'étude du traitement du tabes dorsal : MM. Gilbert, Hutinel, Vaquez, Méry. — M. Marcelin : Contribution à l'étude des épanchements lactescents du péritoine et de la plèvre ; MM. Gilbert, Hutinel, Vaquez, Méry.

Concours de l'Externat. — Anatomie : Séance du 11 novembre. — Configuration extérieure et rapports du cœur. — MM. Monnier, 13; Last, 13 ; Levy (Pierre), 15 ; Lasnier, 9 ; Levras, 14 ; Paoli, 5 ; Lhomme, 8 ; Legendre, 17 1/2 ; Langlais; 14 ; Martin, 14 ; Legué, 7 ; Lachapelle, 5 ; Nicolas (Pierre) ; Le Cain, 7 ; Lafarcinade, 8 ; Nocton, 12, Marsan, 4; Libert (Paul), 8 ; Moulonguet, 7. Absents : MM. Laurent, Levasseur, Lesobre, Lepecq.

Séance du 13 novembre. — Nerf sciatique poplité externe : MM. L'Hirondel ; Le Foll 18 ; Juillard, 13: Joux 31 ; Letinois ; Lagrive 14 ; Lecoq 10 ; Pageot; Lalanne ; Pruvost ; Saias 2 ; Roubaud 11 ; Yuzbachian 11 ; Roblin 12 ; Viliejean 6 ; Puy 11 ; Zacharopoulos 7 ; Roche (Albert) 11 ; Prunier 12 ; Usquin. Absents : MM. Leuthreau, Triau, Tremblin, Vergne Trouillet.

Pathologie : Séance du 12 novembre. Symptômes et diagnostic de la rougeole. Mlle Bouteil 13 ; MM. Chevaltier 12 ; Alexandre (Alcide) 14 1/2 ; Mlle Debat-Ponsan 19 ; MM. Brunet ; Boulakia 17 1/2 ; Deroide 15 1/2 ; Darnaudpeys 14 ; Bouilly 19 ; Cremieu 15 ; Delaigue 10 ; Burgaud 18 ; Arifeff 12 ; Delacour 13 ; Boutin 17 ; Mlle Aucher 10 ; MM. Benon 15 ; Borde ; Bion 16 1/2 ; Alexandre (Paul) 14 1/2. Absents: MM. Combrin, Blondel, Crinon, Chanal, Aloncle, Constaing, Dupont (Alexandre), Barbachano, Constantin ; Bousseau.

Séance du 14 novembre. — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme. MM. Coudert 15 ; Dourney 14; Bilhaut 14 ; Dourmel 12 ; Blerad 8 ; Benoist (G) 16; Bourgarel 12 1/2 ; Cheurlot 18 ; Bonnefoy 16 ; Gourdouan 11 ; Bricout 11 ; Arthoud ; Ancibura 16 1/2 ; Chené 15 ; Bretau 18 ; Archontakis 16 ; Bourihet 16; Diverrès 17 ; Clermont 13 ; Dauje 13. Absents : MM. Bernard, Bellon, Chavanon, Chambras.

Séance du 15 novembre. — Artères de la main: MM. Serin 17; Quantin 16 1/2 ; Seror 14 ; Ranjard 13 ; Rouland 14 ; Tontin 13 ; Roux (Gabriel) 16 ; Roux (Henri) ; Verdoux 15 ; Roy 14 ; Texier 15 ; Poyet 4 ; Ramus 16 ; Rouchy 8 ; Rabinovici 15 ; Salomon 13; Rucker 14 ; Rocayrol 9 ; Serbource 12, Tilloy 8 ; Absents MM. Vergnoux ; Tourenc ;

Séance du 17 novembre. — Du panaris : MM. Brillaud ; Chaignot 15 ; Coqueret ; Cardot 9 ; Boris 16 1/2 Armanet 13 1/2 ; Delaziere 15 ; Dumenil 15 ; Corpechot 18 ; Alexandresco 18 ; Bichon 10 ; Bazin 14 ; Mlle Dervoyns 13 ; MM. Caron 12 ; Desvernine 14 ; Briquet 18 ; Drevet 8 ; Baudoin 13 ; Absents MM. Bonnenfent, Beaufils.

Séance du 18 novembre. — Les trois muscles adducteurs de la cuisse.

Ecole supérieure de pharmacie de l'université de Paris. Vacances de la Chaire de physique. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 13 novembre 1902, la chaire de physique de l'école de pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, le décès de MM. les docteurs Nommes, de Saint-Julia (Hte-Gar.) ; Angot, de Laval (Mayenne), et Soyard, de Marseille, membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



Vingt-quatrième année. N° 48 29 NOVEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle.

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

23e ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DU "CONCOURS MÉDICAL"

16 NOVEMBRE 1902

La séance est ouverte à trois heures par M. le Dr Gassot, président. Prennent place au bureau : MM. Maurat, Jeanne et H. Cézilly, membres du Conseil de Direction : Robert Sorel (du Havre) et Pontet (de Rives, Isère), désignés comme assesseurs par l'Assemblée ; P. Huguenin, qui remplit les fonctions de secrétaire de la séance.

Après avoir rappelé que la longue liste des excusés et celle (non moins longue heureusement) des membres présents, seront publiées à la suite du procès-verbal, M. le Président commence l'ordre du jour par l'allocution suivante :

Allocution du Président.

Chers Confrères,

En ouvrant la vingt-troisième Assemblée générale de notre Société, il m'est impossible de ne pas jeter un coup d'œil en arrière et mesurer le chemin parcouru.

Ceux d'entre vous qui assistaient à l'Assemblée de 1880 se rappelleront avec moi que tout alors était à faire et que les membres présents, quelque peu étonnés de se trouver réunis en nombre pour s'occuper de questions professionnelles, se demandaient par où on pourrait bien commencer.

Autre est la physionomie de nos réunions actuelles où, tous, nous venons avec des idées, des projets mûris par le travail de toute une année, où nous prenons les résolutions les plus graves, forts de notre bon droit qu'affirme de plus en plus les résultats acquis.

Et cependant le « Concours médical » reste dans la ligne qu'il a adoptée dès ses débuts et dont il ne s'est jamais écarté. C'est qu'il était indispensable à une Société comme la nôtre, marchant sans cesse de l'avant et ne reculant pas devant la lutte, de conserver toujours une indépendance absolue, une liberté d'action complète et aussi une unité de vues qui la garantissent des écueils semés à droite et à gauche, et, au milieu des problèmes complexes que soulèvent les conditions si variables de la vie moderne, lui permissent d'évoluer d'une manière pour ainsi dire naturelle et prévue.

Aucune des résolutions adoptées qui puisse vous surprendre, aucune étude entreprise qui n'ait par avance votre assentiment, puisque la plus parfaite communauté d'idées n'a cessé d'exister entre nous. — C'est là un résultat qu'il était bon de signaler et dont tous nous pouvons nous honorer.

La lecture des rapports statutaires, publiés dans le numéro du *Concours* en date du 25 octobre, vous a montré que la prospérité de notre association ne se dément pas et cependant elle ne nous satisfait pas encore. Quand on soutient une lutte incessante comme celle à laquelle nous nous sommes consacrés, on est en droit de s'étonner que l'armée ne soit pas plus nombreuse.

Aussi, pour l'augmenter, nous avons décidé de nous imposer de gros sacrifices en dotant le « Concours médical » d'un visiteur qui éclairera nos confrères sur notre programme, nos espoirs et aussi nos succès, qui leur fera connaître nos œuvres de défense et de prévoyance et qui, puisque la guerre ne peut se passer du nerf indispensable, donnera à notre publicité toute sa valeur.

Vous avez vu aussi que la valeur scientifique et morale de notre journal reste toujours ce que vous l'avez connue, qu'enfin votre Conseil de direction s'est efforcé, en toutes circonstances, de donner aux questions qui vous intéressent les solutions qu'elles comportent. — Je n'insisterai pas. Je ne m'arrêterai pas davantage sur les éternelles questions de la loi sur la pharmacie, de la révision de la loi Roussel ; nous n'avons qu'à maintenir nos décisions antérieures.

Mais je ne puis pas ne pas appeler toute votre attention sur la loi relative à la protection de la santé publique qui, elle, est votée et va être mise en vigueur au mois de février prochain. Le rôle du médecin dans son fonctionnement sera considérable ; il importe que ses intérêts ne soient pas sacrifiés et sa dignité compromise.

Je vous parlerai encore de la modification indispensable à la loi sur les accidents du travail : grâce au « Concours médical » et à son entente avec la « Participation », nous avons pu résister à d'injustifiables prétentions et notre bon droit est tel que nous avons actuellement l'appui des ouvriers, dont les intérêts étaient méconnus comme les nôtres, et qui se joignent à nous pour réclamer la révision de la loi.

Partout où les médecins l'ont voulu, ils ont triomphé du mauvais vouloir des Compagnies d'assurances à primes fixes, nous ne pouvons que regretter les défaillances : elles ne nous arrêteront pas. Si le *Sou Médical* a été créé pour la défense de l'individu, le « Concours » lui, est créé pour la défense des intérêts généraux qui, en l'espèce, doivent passer les premiers.

A quoi servirait de nous être groupés pour la défense mutuelle si nous devions reculer devant l'égoïsme de ceux qui, embusqués dans une situation souvent obtenue au rabais, s'opposent à l'émancipation de leurs confrères ?

D'ailleurs, pour vivre et pour continuer à porter des fruits, les Syndicats médicaux doivent modifier leurs allures antérieures : pour être plus sévères, ils ne perdront pas leur caractère amical — loin de là.

J'insisterai enfin sur la future loi militaire si grave de conséquences pour le Corps médical — souhaitons que la solution qui interviendra soit conforme à nos désirs et apporte un remède au grand mal dont nous souffrons actuellement, l'encombrement de notre profession.

On ne saurait trop dire combien la loi en vigueur nous a été funeste en poussant dans nos rangs une foule de jeunes gens qui n'avaient d'autre vocation que celle d'échapper à la caserne dans la mesure du possible : c'est elle qui a triplé le nombre des étudiants dans les facultés, c'est elle qui a fait tomber les examens à un niveau tel que tous aujourd'hui poussent le cri d'alarme.

Ce cri, mes chers Confrères, nous l'avons tous entendu, et c'est pour cela que nous vous convions à une œuvre de longue haleine et de grande envergure, l'étude de la réforme de l'enseignement médical.

Le sujet est de notre domaine, nous saurons le mener à bien, et j'ose dire que nous rencontrerons la sympathie générale, l'appui unanime, quand on verra que nous travaillons au relèvement de notre profession, à l'accroissement des garanties que ceux qui souffrent sont en droit d'exiger du jeune médecin frais diplômé.

Je me borne à énumérer ces questions que vous allez discuter et sur lesquelles des rapporteurs spéciaux vous donneront tous les commentaires nécessaires — vous reconnaîtrez que nous les avons tous étudiées avec le seul souci de l'intérêt général.

C'est un terrain sur lequel toutes les bonnes volontés se rencontrent, qui facilite tous les rapprochements, qui prépare les alliances les plus fécondes.

Je n'ai pas à vous dire quelles bonnes relations nous entretenons avec les autres associations de défense professionnelle, mais il m'est impossible de passer sous silence l'entrée de votre représentant au sein du Conseil général de l'Association Générale des Médecins de France. En me faisant l'honneur de m'élire à l'unanimité, l'Assemblée Générale a voulu rendre au « Concours médical » la justice qu'il méritait, reconnaître ses efforts, ses luttes et aussi ses succès.

Continuons donc, chers Confrères, à suivre notre voie féconde, continuons à lutter le bon combat comme nous le faisons depuis vingt-trois ans ; en un mot restons ce que nous sommes : des médecins consciencieux, des confrères unis quoique indépendants — c'est ainsi que nous conserverons et la considération des autres et notre propre estime à nous-mêmes.

Adressons un nouveau témoignage d'estime et de gratitude au fondateur du « Concours médical » ; n'oublions pas que c'est lui qui a su nous réunir, qu'il nous a faits ce que nous sommes, que nous lui devons notre organisation et même notre existence.

Remercions nos collaborateurs présents ou absents, tous ceux qui veulent bien nous consacrer un peu de leurs rares loisirs et apporter à l'édifice commun une pierre plus ou moins grosse ; c'est de leurs travaux, de leurs critiques, de leurs encouragements que naissent les projets que nous vous soumettons. Ils sont donc, eux aussi, les fondateurs de notre œuvre, ils ont droit à notre reconnaissance.

Et maintenant, puisque nous sommes ici pour travailler, mettons-nous au travail. (*Applaudissements.*)

Approbation des comptes et projet de budget.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Maurat, trésorier.

M. le Dr Maurat. — Pas plus que les autres années, vous n'attendez de moi, chers Confrères, la fastidieuse lecture du rapport que nous avons publié dans le délai statutaire et où je crois avoir bien complètement exposé nos opérations du dernier exercice. Sur ce point, je me borne donc à me mettre à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez avoir à m'adresser. Et dans le cas où il n'en serait formulé aucune, je solliciterais l'approbation de ces comptes.

M. le Président. — Quelqu'un demande-t-il la parole ?

Devant le silence général, je mets aux voix l'approbation des comptes du dernier exercice. (*Les comptes sont approuvés à l'unanimité.*)

M. le Dr Maurat. — En vous remerciant, Messieurs, de votre satisfecit, je m'empresse de vous soumettre maintenant notre projet de budget pour l'année qui va commencer. Il tient dans les deux courts tableaux que voici :

Recettes :	Avoir en caisse	1.520.10
	Intérêts du portefeuille	1.210.90
	Dons probables au cours de l'année	200.00
	Droits sur les remplacements	369.00
	Total	3.300.00
Dépenses :	Frais supplémentaires du banquet	800.00
	Frais de déplacement et de réunion du conseil	600.00
	Total	1.400.00

Disponible : 1900 fr., pour lequel nous n'avons à vous proposer aucune affectation spéciale et que vous pourriez laisser à la disposition du Conseil.

M. le Président. — Adoptez-vous, Messieurs, les vues de notre trésorier au sujet des prévisions budgétaires ? (*Adopté à l'unanimité.*)

Notre souscription pour les victimes médicales de la Martinique.

M. le Dr Maurat. — En même temps que deux autres journaux de médecine, nous avons réclamé votre obole pour les victimes médicales de la catastrophe de la Martinique, et cet appel a mis dans nos mains une somme de 1446 francs. Nous comptions, au début, la verser à la Commission qui s'était constituée en partie à l'Association de la presse médicale et en partie à la Faculté, mais nous sommes vraiment trop sans nouvelles des actes de cette Commission, malgré les démarches faites par M. le Dr H. Cézilly. D'autre part, le Comité présidé par Mme Floquet a réclamé de nous une petite contribution, en faisant valoir qu'il s'intéressait spécialement aux enfants de la Martinique qui sont chez nous des orphelins en cours d'études. Enfin, nous avons été mis à même de nous occuper d'un confrère, M. le Dr Remy Néris, qui, avec des ressources absolument épuisées à cette heure, a dû subvenir, depuis son arrivée en France, à l'entretien et à la subsistance d'une famille composée de 9 personnes. M. le Dr Pannetier, au nom du Conseil, a fait des démarches près de la Commission instituée au Ministère, pour lui venir en aide ; nous nous occupons de rechercher pour ce pauvre confrère un poste qui lui permette de vivre, mais, en attendant... il pâtit, et c'est pourquoi notre commisération s'adresse à lui d'abord, parce que nous sommes fixés sur sa situation.

Ne seriez-vous pas d'avis de lui attribuer mille francs, et de verser le reliquat au Comité Floquet qui seul donna signe de vie ?

MM. Lande, Pannetier, Bazot, Tison, donnent successivement des renseignements pour expliquer la lenteur des distributions de secours.

M. le Dr Charayron demande que, dans ces conditions, la totalité de la somme de 1446 francs soit versée au confrère Néris, dont la triste situation répond bien au caractère d'infortune que nous avions visé. (*Cette proposition, appuyée d'un mot par plusieurs membres présents, est votée à l'unanimité.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Cézilly pour une revue de la législation en ce qui nous intéresse.

Les lois nouvelles ou en préparation dans leurs rapports avec la médecine.

1° *Loi sur la pharmacie.*

Mes chers confrères, nous avons reçu du Dr Charrière, de Souvigny, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion, la proposition suivante :

Le Dr Charrière demande que le « Concours médical » agisse auprès des députés pour hâter le vote de la loi sur la pharmacie.

Notre confrère, insuffisamment renseigné, croit que la loi actuelle ne lui permet pas d'exercer la pharmacie (bien qu'il n'existe pas de pharmacien dans la commune où il exerce) et réclame le vote d'une loi lui permettant de délivrer des médicaments à ses malades dans un rayon de 4 ou 5 kilomètres.

La loi sous l'empire de laquelle nous vivons nous laisse plus de latitude que celle qui est en préparation et nous n'éprouvons nullement le désir de voir s'ouvrir la discussion. Quand le temps en sera venu, nous ferons entendre nos revendications et nous nous efforcerons de faire triompher nos idées, qui n'ont pas varié.

Nous demandons que les pharmaciens ne puissent délivrer sans ordonnance que des médicaments portés sur une liste qui sera ultérieurement dressée.

Que, sans tenir officine ouverte, le médecin ait le droit de délivrer des médicaments chez lui quand il réside à plus de 4 kilomètres d'un pharmacien.

Que sous la condition de se soumettre aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la pharmacie, à l'exception de la patente, tous les médecins puissent porter des médicaments à leurs malades, si ces malades habitent au moins à 4 kilomètres d'une officine de pharmacien.

Enfin nous demandons à ce dernier point de vue, que cette loi n'ait pas d'effet rétroactif et que la situation de nos confrères exerçant actuellement la médecine et la pharmacie soit sauvegardée.

M. le Président. — Rien de changé dans nos vœux, n'est-ce pas, chers Confrères ? (*Adopté.*)

2° *La loi de protection des enfants du premier âge.*

Elle est livrée à l'étude d'une commission du Sénat très favorable à nos vues et le président de cette commission a publiquement manifesté le désir d'aboutir rapidement.

Comme, ici, nous ne nous trouvons pas en présence d'intérêts opposés aux nôtres, nous avons toutes chances d'obtenir ce que nous réclamons : une protection plus efficace du nourrisson et de la nourrice elle-même ; plus de garanties pour le paiement de nos honoraires, le principe du recours sur la famille, sur le département d'origine, sur l'assistance publique ou sur l'Etat, une fois établi.

M. le Président. — Ici encore, chers Confrères, nous vous demandons de confirmer vos votes des autres années. (*Adopté*).

3° *La loi militaire en préparation.*

Elle nous fait tous égaux devant la nécessité de défendre le patrimoine commun. Au nom du principe de l'égalité, elle demande à tous, deux années de service militaire.

Personne parmi nous ne songe à se dérober à cette obligation de deux années de service. Mais nous ne pourrions comprendre que, sous prétexte d'égalité, l'Etat ne réclame pas de chaque citoyen le maximum des services qu'il est en droit d'en attendre et se contente d'un minimum.

Il est inadmissible que l'Etat renonce à se procurer le nombre de médecins militaires qui lui sera nécessaire en temps de guerre, sous prétexte qu'instruire un jeune homme en temps de paix pour en faire un médecin en temps de guerre ce serait déroger au grand principe d'égalité.

Dans une conférence sur les soins à donner aux blessés sur les champs de bataille, le Professeur Delorme (du Val-de-Grâce), déclarait il y a peu de temps n'avoir pu se défendre d'une impression de profonde tristesse en parcourant les comptes rendus des dernières guerres, notamment celle de 1870-71. Enumérant

les détails de notre vicieuse organisation médicale d'alors, il plaçait en seconde ligne, l'insuffisance numérique du personnel de santé, même au début des hostilités.

Dans un travail publié par le *Bulletin médical de l'Algérie* le docteur Trolard se demande si les choses à ce dernier point de vue ont changé depuis 1870.

« Hélas non ! En joignant aux 1400 médecins de l'armée active ceux de la réserve qui ont appartenu à l'armée (démissionnaires et retraités), et dont le nombre peut être évalué à 300 au maximum, on arrive au chiffre de 1700, mettons 2000. C'est avec un tel chiffre qui n'est même pas suffisant pour les besoins de l'armée en temps de paix, c'est avec un pareil chiffre que l'on prétend faire face en temps de guerre aux besoins d'une armée qui comptera un million d'hommes. »

En effet, un médecin civil affublé d'un vêtement militaire est-il pour cela un médecin militaire complet ?

Pour ceux d'entre nous qui ont gardé le souvenir des efforts persévérants qu'ont dû faire nos confrères militaires pour obtenir l'autonomie du service de santé ; pour ceux qui se rappellent le pénible apprentissage qu'ont dû faire tous ces médecins pour s'assimiler les questions fastidieuses d'intendance : approvisionnements des ambulances, ravitaillement en vivres et en pansements, évacuation des blessés, etc., etc., la réponse n'est pas douteuse.

Nous ne sommes pas préparés à remplir le rôle qui nous sera dévolu en temps de guerre.

Aussi est-il important que le médecin fasse pendant deux années, à la caserne et dans les hôpitaux militaires, l'apprentissage de toutes ces questions et qu'on ne gâche pas en pure perte le temps des auxiliaires précieux et indispensables que nous devons être pour les officiers du corps de santé.

Pour nous et au point de vue particulier qui nous occupe, nous ne voyons bien l'égalité que dans l'aptitude de chaque citoyen à remplir en temps de guerre la tâche à laquelle il aura été préparé en temps de paix, et nous nous rallierions volontiers à la solution proposée par le Dr Trolard, d'Alger ; c'est une modification de l'amendement proposé par MM. Cornil et Dieu et dont le journal vous a parlé.

Mais, avant de vous demander un vote dans ce sens, nous vous prions de réfléchir que ni l'amendement Cornil et Dieu, ni la proposition Trolard, n'auront, sur les effets de l'encombrement médical, l'action que vous attendiez de la nouvelle loi militaire. Et cela mérite de fixer notre attention aujourd'hui.

M. le Dr J. Cameseasse. — Malgré la réponse que fait M. Trolard à cette objection, je persiste à trouver illogique la demande de sursis ou de dispenses quand nous voulons avant tout le plein effet de l'égalité dans le service militaire pour désencombrer nos rangs.

M. le Dr Clément Petit. — Il n'y a de solution que dans un devancement d'appel qui, nous permettant de faire le service à 18 ans, nous rendrait libres à vingt ans.

M. le Dr Nouet insiste dans le même sens, pendant que sont faites d'autres propositions analogues.

M. le Dr J. Camescasse. — Toutes les idées de ce genre que j'entends émettre autour de moi dérivent d'un malentendu, celui-ci : « On ne saurait autoriser ces devancements d'appel en faveur des étudiants en médecine puisqu'ils ne seront pas à ce moment là inscrits comme étudiants. Ils n'auront qu'une intention de le devenir après leur service, mais je comprends que le ministre de la guerre ne puisse se contenter de cette intention qui pourrait changer ensuite. » Réclamons la loi commune.

M. le Dr Maurat.—Ce qui sera toujours regrettable dans ce cas, c'est qu'appelés en temps de guerre à servir comme médecins (et il le faut d'autant plus que les cadres sont insuffisants), nous n'ayons rien appris des fonctions spéciales du médecin militaire.

M. le Dr Lande. — Le mieux serait que, inscrits comme étudiants après avoir fait leur service, ces jeunes gens consacrent après le doctorat, à un service comme médecin auxiliaire, une durée correspondant aux périodes de 28 et de 13 jours qu'ils sont destinés à fournir : il en résulterait la possibilité de l'apprentissage spécial, que nous désirons tous, du rôle qui en définitive nous est réservé. (*Très bien.*)

M. le Président. — Vous me paraissez, presque unanimes, Messieurs, à réclamer la loi commune, avec un stage de médecin militaire à accomplir, après le doctorat, pendant une durée correspondant à la totalisation des périodes de service qui seront demandées ensuite. Est-ce bien là votre sentiment ? (*Adopté*).

La parole est à M. le Dr H. Cézilly.

4° *La loi sur la santé publique.*

La nouvelle loi sur la santé publique est loin d'être parfaite. Notre confrère Archambaud, avec lequel vous étiez parfaitement d'accord, vous en a fait toucher l'année dernière un inconvénient.

Il vous disait :

« Après déclaration de la maladie contagieuse, il y aura désinfection obligatoire. Jusque-là rien à dire. Mais cette désinfection sera faite officiellement et obligatoirement par une administration à l'aide d'une imposante machine qui se présentera au domicile du malade, sans que le médecin traitant ait été consulté sur l'opportunité du moment ou le choix du procédé.

« Il va sans dire que le client, dans son esprit simpliste, nous reprochera de lui avoir procuré tous les ennuis de cette formalité par cette sorte de dénonciation policière qui a nom : déclaration de la maladie. »

Les déclarations apportées à la tribune du Sénat par le rapporteur de la loi vous ont donné un commencement de satisfaction.

M. Cornil disait : Le médecin pourra et devra indiquer à la famille quels sont les meilleurs moyens de désinfection à employer. Il en a le droit et le devoir : et, s'il lui semble que tel procédé, jugé efficace par l'approbation des corps savants, est meilleur que celui qui est employé par l'administration de la ville où il habite, il conseillera d'employer ce procédé ; et la famille pourra suivre son conseil, car nous n'avons nullement l'intention, je le répète, d'empêcher les industries privées de procéder elles-mêmes à la désinfection, pourvu qu'elles l'opèrent par des procédés efficaces. C'est là, je crois, la meilleure réponse que l'on puisse faire à l'amendement de notre honorable collègue. Nous pensons aussi que le médecin doit toujours être le guide de la famille en pareil cas, et que c'est à lui qu'il appartient d'indiquer quels sont les meilleurs procédés pour empêcher la contagion soit dans la famille, soit dans la maison, soit dans la ville. Aussi, je crois que le Sénat n'hésitera pas à voter l'article 7, tel que la commission le lui présente. »

Le Sénat a applaudi et M. Treille a enregistré et souligné les applaudissements.

Le moindre texte de loi eut mieux fait notre affaire, mais nous avons dû nous contenter, nous aussi, d'enregistrer les applaudissements.

La loi n'est pas parfaite — tant s'en faut ; il faudra nous en accommoder et nous efforcer d'en tirer tout ce qu'elle peut donner.
Nous suivrons le conseil que nous a donné notre confrère Gassot et nous agirons auprès des conseils généraux pour que nos services ne restent pas sans rémunération. Le Syndicat de Versailles a donné l'exemple, empressons-nous de l'imiter.
Déjà certains préfets ont fait voter des jetons de présence pour les membres des Conseils d'hygiène.
Mais il ne faut pas, comme on l'a déjà vu, que, sous prétexte de philanthropie, ceux qui seront ainsi sollicités de recevoir le prix de leurs travaux repoussent les honoraires qui leur sont acquis. On ne manquerait pas de dire, avec quelque apparence de raison, qu'ils achètent la fonction pour l'honneur qui peut y être attaché et pour les distinctions auxquelles cela peut conduire. (*Très bien.*)

M. le Dr Archambaud. — Je demande la permission de rappeler que, sur le point signalé par moi l'année dernière, nous devrions chercher à faire dans le règlement d'administration publique ce que nous n'avons pu faire inscrire dans le texte de la loi elle-même. Nous avons rencontré de l'hostilité chez des hommes qui, pourtant, sont membres du Syndicat de la Seine : nous serons peut-être moins malheureux dans les conditions où je demande qu'on revienne à la charge. (*Très bien.*)

5° Projet de modification des Conseils de révision.

Le docteur Lachaud, parlant au nom de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés, a obtenu l'urgence pour les propositions suivantes :
« Article premier. — Un certificat médical, servant à attirer l'attention du médecin militaire et à fixer son examen sur un point particulier, sera *exigé* au conseil de révision, pour les conscrits, qui au tirage au sort, auront fait une réclamation de maladie.
« Art. 2. — Le préfet remettra au tirage à chacun d'eux une feuille imprimée, ainsi conçue :
Je soussigné, docteur en médecine de.... certifie avoir consciencieusement examiné, le numéro.... du tirage au sort du canton de .....etc...
Attire tout particulièrement l'attention du médecin de révision sur, (ici désignation de l'organe).
« Art. 3. — Cette feuille dûment remplie sera gratuitement adressée par la poste au commandant de recrutement de la région qui sera chargé de la présenter à la révision.
« Art. 4. — Tout conscrit inscrit sur la liste d'indigence de la commune aura le droit de se faire examiner gratuitement par le médecin de l'assistance de sa commune, qui devra lui délivrer un certificat gratuit.
« Art. 5. — Il sera tenu le plus grand compte de la feuille consultative. »
Cette modification au fonctionnement actuel des conseils de révision est des plus heureuses.
Car l'examen d'un grand nombre de conscrits par un seul médecin militaire dans un temps restreint était forcément superficiel et des erreurs seront ainsi facilement évitées ; de plus, les certificats que dans bon nombre de cas nous nous croyons dans l'obligation de délivrer ne pourront plus être suspectés de complaisance.

6° Lutte contre la tuberculose dans l'armée.

Le même jour, M. le Dr Lachaud obtenait également l'urgence pour la proposition de loi suivante :
« Article premier. — Des sanatoria militaires seront créés pour recueillir et soigner les soldats atteints de tuberculose.
« Art. 2. — Dès que ces sanatoria fonctionneront régulièrement et en nombre suffisant, la réforme avec certificat n° 2, ne sera plus applicable aux militaires devenus tuberculeux.
« Art. 3. — Un plan de sanatorium sera mis au concours, etc....
Cette loi répond à une préoccupation de nos confrères militaires qui constatent la mort rapide des tuberculeux hospitalisés aussitôt qu'ils sont rendus à leurs familles à la suite de la réforme.
Les renvoyer chez eux en congé de réforme, c'est les envoyer à la mort. — Nous ne pouvons donc qu'applaudir à ce projet de sanatorium.

7° La loi contre les accidents de travail.

Bien que cette loi ne soit pas la dernière en date, nous l'avons réservée pour la fin, car elle a été pour nous, médecins, une loi véritablement bienfaisante. A des clients vivant au jour le jour de leur salaire, elle a substitué pour nous des clients solvables, assurés du lendemain, grâce aux charges nouvelles imposées à leurs patrons.
Mais à un autre titre encore elle nous aura rendu un gros service.
Par son article 4, elle nous a mis en présence de notre client et de lui seul. Elle a supprimé entre notre client et nous cet intermédiaire marchandeur, tracassier, immoral : l'agent de la Compagnie d'assurance (1). A l'avenir et si nous le voulons bien, nous ne le verrons plus intervenir dans nos affaires que pour payer et pour payer intégralement les sommes dues par son client à lui, le patron de l'ouvrier.
Il nous reste encore un léger effort à faire, il nous faut faire adopter par les Chambres, au sujet de cet article 4, un texte qui donne pleine satisfaction aux légitimes désirs des ouvriers et des médecins. La rédaction de ce texte est confiée aux délégués et aux conseils judiciaires de la Bourse du travail, de l'Union des syndicats médicaux et du « Sou médical ». Comptez sur nous pour l'appuyer de toutes nos forces aussitôt qu'il aura reçu sa formule définitive. (*Très bien.*)

En somme, chers Confrères, nous constatons que la Société et l'Etat ont tous les jours recours à nos services et que, protecteurs des enfants ou de la santé publique, nous remplissons des fonctions sans avoir le gros avantage attaché au titre de fonctionnaire : *la Retraite* ! C'est à nous à y suppléer et à consacrer chaque année les sommes qui proviennent de ces diverses fonctions, maigrement rétribuées, à constituer une assurance (caisse de retraite ou indemnité-maladie), qui nous donnera plus de sécurité et nous permettra d'envisager l'avenir avec confiance.
N'est-ce pas le meilleur usage à faire de toutes indemnités plus ou moins fixes qui ne s'inscrivent pas toujours sur nos registres de comptabilité ?

M. le Président. — Nous ne pouvons qu'approuver, n'est-ce pas, les termes et les conclusions de cette intéressante revue, et remercier M. Cézilly d'y avoir si bien mis les choses au point ? (*Applaudissements*).

(1) Répétons en passant que ces appréciations sévères s'appliquent à toutes les Compagnies, sauf notre fidèle alliée « *La Participation* ».

L'évolution nécessaire des Syndicats médicaux.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Maurat.

M. le Dr Maurat :

Chers Confrères,

Vous vous souvenez que, l'année dernière, j'exposais, au nom du Conseil, la théorie d'une évolution qu'il était, à son avis, nécessaire de faire accomplir à nos Sociétés de défense locales ou régionales. Il s'agissait de donner à nos syndicats des statuts nouveaux ayant nettement le caractère d'un contrat de solidarité absolue, contrat inviolable grâce à de sérieuses sanctions, contrat couvrant réellement la masse et l'intérêt général contre le préjudice causé par les défections ou le retour imprévu de quelques-uns à des compromissions égoïstes en hostilité avec la cause commune.

Le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle avait adopté en 1900, à l'unanimité, la conclusion suivante de M. le Dr Poitou-Duplessy : « *Tout médecin qui, dans un conflit entre un groupe de médecins et une administration, vient appuyer cette dernière contre ses confrères, est indigne du corps médical.* » Mais combien plus coupable encore, disions-nous, celui qui, entré dans la lutte comme engagé volontaire, se retourne contre ses frères d'armes au moment critique de l'action, arrête leur effort, brise leur cohésion, et désorganise le groupement qui, au prix de sacrifices individuels et de concessions réciproques, marchait confiant vers un succès certain !

Nous vous disions combien de syndicats médicaux nous avions vu tomber après ces félonies, quand ils se butaient à l'obstination et à l'avarice des conseils généraux dans l'application de la loi d'assistance ! Et combien encore s'étaient trouvés plus gravement menacés par la rouerie des Compagnies d'assurances, par l'esprit de marchandage des sociétés de secours mutuels, par le goût de toutes les collectivités pour le forfait, la sous-enchère et le monopole, qui mettent si bien dans leurs mains, d'abord le médecin isolé, puis, par ricochet, le corps médical de toute une région !

Nous vous demandions si, devant toutes les lois qui se préparent, en présence des suggestions de la faim qui naissent de l'encombrement, en raison des tendances déplorables que nous constatons journellement à la commercialisation des mœurs médicales, les hommes soucieux de la dignité professionnelle (et de la sécurité matérielle qui lui sert de point d'appui) pouvaient hésiter à signer un contrat de solidarité qui ne limite que la liberté de mal faire ? Quand des classes sociales moins instruites que les nôtres, moins chatouilleuses sur le point d'honneur, sur le besoin d'indépendance, sur le respect des cas de conscience et surtout moins à même de risquer une partie de leur gagne-pain, quand ces hommes qui ont tout à perdre, se montraient capables d'assez de prévoyance et de discipline pour marcher coude à coude, dans le cadre rigide d'un véritable syndicat, à la conquête de leurs revendications, n'était-ce pas faire injure aux médecins que de les croire assez arriérés et assez veules pour reculer devant cet exemple ?

Le « Concours médical » ne pouvait le penser. Tant qu'avait duré la lutte pour le droit à l'existence des syndicats médicaux, nous avions reçu mission de faire dire aux Chambres par nos avocats, les Cornil, les Chevandier, les Trarieux, *que nous étions des ouvriers et que nous réclamions notre assimilation avec eux.* Et nos avocats l'ont dit, et nous avons eu gain de cause. Comment admettre maintenant que c'étaient là des mots seulement, et qu'au fond nous voulions nous borner à organiser de petites parlottes et des sociétés d'exploitation mutuelle où les malins, les intrigants, les égoïstes renforcés se tailleraient de grasses prébendes dans le bloc des sacrifices consentis par les loyaux et les consciencieux ? Qui eût pu sur ce genre de groupements placer éternellement, sans rire, l'étiquette : *Syndicat* ?

Vous fûtes alors d'avis, mes chers Confrères, qu'il fallait, en effet, sortir au plus tôt du domaine de la parodie où nous faisaient glisser les amateurs du monopole.

Il fut convenu que le journal ferait passer sous vos yeux : 1° ce qu'avaient dit sur ce sujet les jugements de Bourgoin et de Grenoble ; 2° les résultats de l'expérience tentée par le vaillant syndicat de l'arrondissement de Versailles. Le numéro exceptionnel du 28 juin 1902 a tenu la promesse de votre Conseil de direction ; et vous y avez entendu, en outre, les premiers échos de l'appel que nous avons lancé, échos qui venaient notamment de l'Union des Syndicats, des Syndicats du Nord, du Jura, de Lorient, des Deux-Sèvres, de l'Isère, de la Fédération du Sud-Ouest, du Syndicat de Douai.

Le mouvement, déjà très dessiné à cette époque (il y a quatre mois seulement), n'a pas cessé de s'étendre rapidement. Nos amis de la Nièvre, du Puy-de-Dôme, de la Creuse, de la Seine-Inférieure ont mis en incubation l'idée de transformer prochainement le pacte trop vague qui les liait entre eux. Le Syndicat de l'Oise, parti cependant un des premiers, s'attarde un peu dans son mouvement de transformation. Il cherche en ce moment, comme l'ont fait avec succès les Syndicats de Bordeaux, du Nord, de Versailles, etc., à faire adopter par le département le tarif chirurgical d'assistance médicale. Il ne tardera pas, nous l'espérons, à obtenir gain de cause sur ce point et à faire consacrer par un vote unanime ses statuts qui ont été transformés, en principe, dans une précédente réunion. D'autres groupes, sans avoir encore modifié le texte de leurs statuts, entrent bravement dans le culte de la discipline. Tel le Syndicat du Rhône qui, ayant présenté un ultimatum aux Sociétés de Secours Mutuels, attend leur réponse en serrant vigoureusement les rangs comme en témoigne cette note inscrite en tête de son dernier *Bulletin* :

UNE RÉPONSE

« Plusieurs confrères ont demandé au secrétaire général quelle serait la conduite du Syndicat dans le cas où des adhérents aux décisions prises à l'égard des mutualistes viendraient à manquer à leurs engagements ?

« Voici ce qu'on peut répondre :

« Les soixante-dix médecins actuels du Comité général sont démissionnaires de cette fonction au 1er janvier 1903 parce que, avec tous leurs confrères de Lyon, ils ont signé l'engagement de ne pas accepter le tarif inférieur à 2 francs et 2 fr. 50 pour soins donnés aux mutualistes. En revanche, tous les confrères acceptant ces conditions sont portés sur la liste établie par le Syndicat.

« *Il y a contrat.*

« Si des offres inférieures les faisaient éliminer de leur fonction, les soixante-dix médecins du Comité général éprouveraient de ce fait un préjudice certain considérable, et auraient le droit de demander une réparation et de réclamer aux auteurs du préjudice une indemnité proportionnelle.

« En nous reportant aux jugements des tribunaux de Bourgoin, Grenoble et Toulouse, récemment insérés dans notre *Bulletin*, nous ne doutons pas qu'une poursuite engagée devant la justice n'obtienne gain de cause.

« *Le Syndicat des Médecins du Rhône soutiendrait de ses deniers et de son autorité morale le droit des confrères lésés.*

« Au résumé, contrevenir aux engagements signés serait s'exposer à de gros dommages-intérêts et se mettre au ban du corps médical.
« Ces considérations nous permettent de rassurer nos confrères, car, dans ces conditions, il nous semble très improbable qu'il y ait des défections. » LA CHAMBRE SYNDICALE.

Tel encore le Syndicat de la Seine qui, menacé de la démission d'un bon nombre de confrères médecins de Compagnies d'Assurances, semble décidé, quoique à regret, à subir cette perte plutôt qu'à céder sur la question de principe et d'intérêt général.
M. le Dr Archambaud. — Je demande la parole.
M. le Dr Maurat. — Au numéro du journal paru ce matin même, vous avez pu lire le procès-verbal de la dernière séance du Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles. Les résultats de son évolution ne sont-ils pas éloquents ?
Inscrire en une seule séance 15 adhésions nouvelles ; compter 58 présents sur 66 membres ; grouper 40 confrères au banquet ; créer sous l'égide du nom de Fourmestreaux les « Pupilles du Syndicat, » c'est-à-dire assurer l'avenir ; enregistrer l'organisation accomplie, selon ses vœux, de *l'Assistance Maternelle à domicile* proposée par un de ses membres ; déclarer close la campagne assurances-accidents par l'adoption du tarif d'Assistance chirurgicale *qui a obtenu les suffrages du Conseil général* et supprime désormais toute raison d'être des médecins dits de compagnie ; assurer à la déontologie tout le domaine qui lui revient, sans porter atteinte aux libertés nécessaires ; et enfin, ce qui est mieux encore, avoir mis presque partout l'esprit d'entente et de solidarité intime là où jadis......... Mais n'insistons pas, cet exemple doit forcer les dernières hésitations, vaincre les dernières résistances, car il permet d'affirmer que la pratique n'a pas fait mentir la théorie.
Bien plus que jadis, je suis donc fondé à répéter ce que nous avons écrit en terminant le numéro de juin :
« *L'avenir des Syndicats médicaux est dans la discipline édictée par des statuts sévères, et garantie par des* « *sanctions, inquiétantes pour les confrères seuls qui n'y seraient entrés qu'avec une arrière-pensée. Et cet avenir,* « *c'est demain si nous le voulons.* »
Les Syndicats médicaux, cessant de s'en tenir à une fausse étiquette, seront de véritables Syndicats ou bien ils ne seront pas. Et comme leur existence est indispensable pour la sauvegarde de la profession, il importe que tous les partisans convaincus de la solidarité s'emploient avec nous à réaliser cette évolution nécessaire.
C'est à cette tâche, mes chers confrères, que nous vous convions encore une fois et nous sommes assurés que votre bonne volonté ne nous fera pas défaut. (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Dr P. Archambaud. — Si j'ai demandé la parole à propos de la phrase de M. le Dr Maurat relative au Syndicat de la Seine, c'est pour rappeler : 1° que le Syndicat était unanime à faire campagne contre les compagnies d'assurances ; 2° que la protestation de quelques-uns n'a visé que l'attaque portée dans les milieux ouvriers contre les médecins de celles-ci, et les termes dont s'est servi M. le Dr Diverneresse dans ses conférences à ce sujet.
M. le Dr Diverneresse répond : 1° qu'il avait reçu mission de l'Union des Syndicats de faire cette campagne de conférences chez les ouvriers ; 2° que les termes qu'on lui reproche n'ont jamais visé la généralité des médecins de Compagnies d'assurances, mais ceux-là seuls qui prétendaient s'imposer, et violenter la liberté de l'ouvrier ; 3° qu'au surplus, pour transporter sur le terrain personnel une question de principe où ses adversaires manquaient d'arguments, on a dénaturé le texte de ses conférences. (*Très bien.*)
M. le Dr Archambaud. — Je demande la parole.
M. le Dr Jeanne. — En l'absence momentanée du Président qui, au cours de la lecture de M. Maurat, m'a prié de prendre sa place pour un instant, laissez-moi dire, chers Confrères, à propos de cet incident, que cette assemblée n'est saisie, ni de la question de principe, ni de la question personnelle qui s'est greffée sur la première. L'une a été résolue au Syndicat de la Seine, l'autre à l'Union des Syndicats. Nos confrères ne peuvent trouver mauvais qu'après les avoir entendus l'un et l'autre, nous passions à l'ordre du jour comme on le demande de divers côtés. Je mets aux voix le passage à l'ordre du jour. (*Adopté.*)

La réforme de l'enseignement médical.

M. le Président. — L'heure s'avance rapidement, trop rapidement à mon gré, pour la discussion qui va s'ouvrir : aidez-moi, je vous prie, à ne pas laisser celle-ci s'écarter de son but immédiat par le développement de considérations un peu à côté. La parole est à M. le Dr Jeanne.
M. le Dr Jeanne :

Lorsque la question de l'encombrement médical fut soulevée ici en 1899, on vit aussitôt surgir, avec son caractère d'impérieuse urgence, celle qui nous préoccupe tout particulièrement aujourd'hui. C'était logique, fatal, absolument inévitable.
Nous ne pouvions, en effet, par nos seules forces, supprimer à bref délai telles et telles causes d'encombrement qui prenaient leur origine dans des préjugés indéracinables, comme la brillante situation de fortune du médecin, par exemple, ou dans des privilèges comme celui de l'article 23 de la loi militaire, ou encore dans des tendances de notre société française à pousser la jeunesse vers les carrières libérales. Tout cela nécessitait des flots d'encre, un quart de siècle de prédications dans le public, l'oreille de Parlements assez indifférents et d'opinion mobile : avouez que cette perspective ne cadrait guère avec nos impatiences et avec l'activité habituelle du « Concours médical ». — En revanche, la plus sérieuse attention et le meilleur accueil furent accordés à toutes les propositions qui s'inspiraient de la possibilité et de la nécessité de modifier, nous-mêmes, le recrutement des médecins, en frappant énergiquement sur la quantité en faveur de la qualité.
Celles-ci furent nombreuses et diverses : le rapport si complet de notre ami M. le Dr Gouffier les a toutes énumérées et je n'y reviens pas. — Mais il les a aussi mûrement examinées et classées, et nous remarquons avec lui que, si toutes sont légitimes, il en est qui ne pourraient être appliquées sans provoquer de vives résistances du public et de ses habitudes, ou bien des pouvoirs et budgets, les uns routiniers, les autres en déficit. C'est pourquoi votre Commission, composée de gens désireux d'aboutir, concluait, en février 1901, par la bouche de son rapporteur, qu'il fallait sérier les questions, écarter celles dont nous venons de parler, et en retenir seulement *deux*.

Et quelles étaient celles-ci ? L'une visait la suppression de notre privilège militaire. Nous comptions bien pouvoir l'obtenir à bref délai du Parlement ; le vent soufflait de ce côté.

L'autre s'attaquait à ce problème : « diminuer la pléthore en rendant les études médicales plus difficilement accessibles, plus étendues, plus pratiques, plus longues et au besoin plus onéreuses. — Sur ce terrain, le corps médical était bien maître de ses mouvements : de plus, il travaillait pour l'intérêt général, et, s'il devait rencontrer des résistances, ce n'était pas du dehors qu'il avait à les attendre. Lors donc que votre Conseil de direction a saisi le prétexte du questionnaire Mayet pour mettre à l'étude la question de la réforme de l'enseignement médical, il n'a fait que traduire le deuxième vœu de la Commission de l'encombrement. Les Chambres, sans nul doute, donneront bientôt satisfaction au premier ; il nous plaît d'espérer que les médecins vont savoir remplir ce qui est leur propre tâche.

Afin de la leur faciliter, nous avons, d'ailleurs, comme vous le voyez, bien délimité la question, et par les rapports Gouffier, et par les articles de discussion générale publiés depuis deux mois. Laissant de côté toutes autres propositions, nous avons seulement à répondre aujourd'hui à la question suivante :

« Par quels moyens pouvons-nous obtenir que le diplôme de docteur en médecine, donnant désormais seul le droit à l'exercice, garantisse aussi parfaitement que possible le savoir du praticien ? »

Si nous prenons les choses *ab ovo*, voyons quelles mesures paraissent s'imposer d'abord, et nous dirons après la marche à suivre pour faire choix des autres.

1° Il faut que, désormais, chacune de nos Ecoles et Facultés reçoive seulement un nombre d'étudiants proportionnel à ses ressources d'enseignement, d'aujourd'hui ou de demain. D'où nécessité d'une répartition des élèves dans les centres universitaires, d'après le département d'origine, et d'après la nationalité quand il s'agira d'étrangers.

Ceci est l'affaire d'un décret comme il en a été déjà rendu sur la matière. Une réunion des doyens peut fixer en quelques heures la base de cette répartition régionale qui serait préparée pendant les vacances. En outre de son contingent, Paris pourrait recevoir les excédents provenant de l'insuffisance de telles et telles Facultés. Nous n'avons pas à nous appesantir ici sur les détails de mise en pratique de cette mesure initiale : ils résulteraient de l'examen des données administratives déjà recueillies et qu'il suffit de rapprocher. Constatons seulement qu'elle est réclamée depuis longtemps.

2° Les admissions définitives une fois effectuées après cette répartition, il apparait que les élèves resteront trop nombreux pour recevoir tous une instruction pratique suffisante, qu'une certaine partie d'entre eux n'aura pas une vocation bien arrêtée pour la carrière médicale, qu'il vaut mieux fournir à ces derniers le moyen de s'en convaincre eux-mêmes afin qu'ils abandonnent la partie de bonne heure, à l'âge où ils peuvent entrer dans une autre voie. C'est la sélection demandée, après l'examen éliminatoire d'un P. C. N., qu'il convient alors de préparer. Mais quelles seront les matières obligatoires du P. C. N. Seront-elles franchement préparatoires aux études médicales ? Ou bien s'y tiendra-t-on dans des données tellement générales qu'elles puissent être une introduction à toutes études scientifiques ? — Nous n'hésitons pas à répondre que, faites pour diagnostiquer les aptitudes médicales, la vocation et l'éducation professionnelles, et, en même temps, pour constituer un premier et indispensable bagage à la majorité d'élèves qui affronteront victorieusement la première épreuve de fin d'année, elles doivent être aussi spécialisées que possible à l'enseignement médical. Et nous en concluons à l'urgence de préciser le programme d'un P. C. N. ainsi compris, et de dire avec détails comment il sera efficacement enseigné. *Premier travail* à faire accomplir par des physiciens, chimistes, botanistes médicaux, etc..., qui détermineraient le mode d'emploi des après-midi pendant toute la première année.

Nous disons des *après-midi*, car, dès le début, nous réservons les matinées à l'hôpital obligatoirement. Et qu'y feront nos jeunes gens ? C'est un *deuxième point* sur lequel nous appelons les réponses, étant toutefois bien convaincus que la séméiologie, l'examen des malades, la petite chirurgie la plus élémentaire, les pansements, l'emploi de tous les instruments de diagnostic, etc., fournissent ample matière à un apprentissage fructueux et pratique, grâce auquel des infirmières d'aujourd'hui en remontrent parfois à des docteurs d'avant-hier.

C'est aussi pendant cette année, qui doit servir de pierre de touche, qu'il nous paraîtrait indispensable de forcer les jeunes gens à apprendre dans un cours absolument officiel ce qu'est la profession médicale dans sa précise réalité : *cours de déontologie et de médecine professionnelle*, écho vibrant de ce qui fut constaté et affirmé par le Congrès de 1900. Une première sélection toute spontanée en résulterait certainement, quand les illusions tomberaient dru devant ces jeunes têtes, comme les feuilles en cette saison ; il ne resterait plus guère que les convaincus et les courageux, c'est-à-dire ceux que l'on peut bien dire seuls vraiment aptes à la carrière.

Mais il faut s'arrêter, surtout aujourd'hui, à la seconde sélection, celle qui s'effectuerait à la fin de notre P. C. N. par l'épreuve éliminatoire. Tout d'abord quelle forme donner à celle-ci ? A notre avis, celle d'un examen où, en chaque matière, un minimum de points de x... devrait être obtenu ; ce minimum résultant, au moins pour moitié, des notes de cours et d'hôpital inscrites par les professeurs ou moniteurs sur le *carnet scolaire* de chaque élève, l'autre moitié traduisant la valeur de l'épreuve finale elle-même, mi-partie verbale, mi-partie pratique.

Serait-on admis, en cas d'insuccès, à recommencer l'examen ? Une fois seulement, en novembre, à moins qu'il n'y ait eu interruption des études par cas de force majeure (absence forcée, maladie, etc.), ou que le candidat ait déclaré poursuivre un diplôme ne donnant pas droit à l'exercice.

Messieurs, en conduisant ainsi notre aperçu jusqu'à la fin de la première année, de celle que nous considérons tous comme n'étant qu'une préparation, empressons-nous de constater que les mesures qu'il indique donnent déjà satisfaction bien évidente :

1° A l'indication de mieux utiliser les ressources actuelles de l'enseignement réparties entre les divers centres, en désencombrant les hôpitaux et laboratoires parisiens, où le nombre des stagiaires était un réel obstacle à l'instruction de chacun, et en fournissant des élèves à d'excellents maîtres de province dont le savoir était insuffisamment utilisé ;

2° Au désir général de voir limiter le nombre des étudiants par une sélection équitable et basée sur la constatation des aptitudes et du goût pour le travail médical. C'était l'un des vœux contenus dans les réponses au questionnaire Mayet. MM. Lepage, Duchesne, Gouffier, ont vigoureusement insisté sur son importance primordiale ; toutes les communications que nous avons reçues donnent à ce sujet une note uniforme ;

3° Au vœu non moins unanime de voir la clinique et l'hôpital obligatoires dès le début, M. le Dr R. Sorel a été le protagoniste le plus acharné sur ce point, mais M. le Dr Le Gendre y est revenu à son tour, et, dans le compte rendu du referendum Mayet, M. Gouffier rapporte qu'il y avait encore là un accord parfait ;

4° A l'antique desideratum de tous les membres du « Concours » qui réclament depuis vingt ans, pour nos étudiants, l'enseignement des devoirs, des droits, des habitudes de la vie professionnelle à laquelle ils se

destinent, qu'ils n'aperçoivent qu'avec le mirage des racontars et des illusions, et qu'il appartient vraiment à l'Ecole de montrer telle qu'elle est, afin d'épargner à tant de familles et de jeunes gens d'amères et irréparables déceptions ;

5° Satisfaction aussi à tous ceux-là qui n'admettent pas que la première année d'études soit employée à apprendre des choses utilisables en d'autres carrières, si bien que son programme soit établi en vue de rendre service aux blackboulés plus qu'aux admissibles ;

6° Et enfin, en indiquant ce que doit être surtout l'examen éliminatoire, consécration chiffrée des notes de l'année, ne sommes-nous pas en communion de vues avec ceux qui redoutent, non sans raison, le hasard, la faveur, l'indulgence plus ou moins excusable, les exploits de mémoire suppléant au savoir bien digéré, etc ?

S'il en est bien ainsi, mes chers confrères, pourquoi ne pas consacrer par un vote de principe notre accord sur cette première partie de la tâche à remplir ? Pourquoi ne pas décider ferme que vous donnez mandat au Conseil de direction.

1° *De demander avec instance la répartition des inscrits de 1903, suivant le mode plus haut indiqué, car il n'y a pas de temps à perdre dans la lutte contre l'encombrement ;*

2° *De provoquer la rédaction, par des hommes compétents, du programme d'un nouveau P C N compris comme nous le comprenons, avec indication de l'emploi du temps, de la notation à choisir pour le carnet scolaire et l'examen, et de tous les détails concourant au but poursuivi ?*

Sans qu'il y paraisse beaucoup, peut-être, ce serait là une fort belle entrée en matière, un premier pas très précieux, et il ne semble pas que ce projet ait des allures révolutionnaires capables de décourager et de choquer les Conseils de l'enseignement, ou les bureaux ministériels, surtout si nous ne reproduisons ici que l'esprit de la réforme, sans intransigeance au sujet des voies et moyens.

Mais, allez-vous dire, nous ne comptons pas nous en tenir là. C'est entendu, chers confrères ; seulement il y aurait fatuité de notre part, et aussi imprudence, à pousser plus loin dès aujourd'hui l'exposé de nos desiderata. Sans doute, nous sommes personnellement d'avis, comme en 1900, que les études devront être prolongées, ainsi que MM. Le Gendre, Rieu-Villeneuve, Gouffier, et les réponses au questionnaire Mayet en ont aussi montré la nécessité, ainsi que l'Allemagne vient de le prouver par l'exemple. Sans doute, avec MM. Le Gendre, R. Sorel, Pierre Roy, nous reconnaissons que les médecins des hôpitaux doivent devenir de véritables professeurs de clinique, aidés dans leur enseignement par les chefs de clinique, les internes, etc. Sans doute, avec MM. Laborde, Le Gendre et bien d'autres, nous estimons que le Corps enseignant ne devrait pas être le corps examinant, que ce dernier aurait à se garder des coupables indulgences dont nous sommes souvent témoins, que les sanctions des examens ont à acquérir une fixité qui fait défaut. Mais, au lieu de nous contenter de ces assertions, si autorisées soient-elles, il nous plairait de les déduire mathématiquement d'un programme minimum qui nous dirait quelles matières doivent être enseignées, comment, en combien de temps et à quelle année d'études, à combien d'élèves par un seul maître, avec quel coefficient pour l'examen, et ainsi de suite. Nous saurons alors calculer la durée totale des études, le nombre des maîtres, de services, de laboratoires, dont nous avons besoin.

D'où je conclus, chers confrères, par les lignes mêmes que nous avons soulignées dans le dernier article de M. Gassot :

Nous demandons à ceux que la chose intéresse d'envisager une question spéciale : chirurgie, accouchements, oculistique, électricité médicale..., ce qui sera plutôt dans leurs cordes, et de nous donner une étude comportant à la fois, le programme des connaissances jugées indispensables en la matière, les moyens pratiques d'en assurer la possession à l'étudiant, le temps que la chose réclamera, l'époque des études à laquelle il conviendra de la placer, pour qu'elle puisse donner les meilleurs résultats, etc., etc.

Ainsi : 1° demander à chaque compétence de nous fournir les renseignements ci-dessus pour chaque branche des études ; 2° réunir ensuite les auteurs en une commission dans laquelle entreraient, avec votre conseil, tous ceux qui se sont le plus intéressés à cette étude, maîtres, praticiens ; 3° vous soumettre en un rapport complet l'œuvre ainsi préparée ; 5° enfin, après que vous l'aurez adoptée, en poursuivre l'adoption par les Conseils de l'enseignement ; telle nous apparaît la marche à suivre.

C'est celle qui nous a permis de porter devant les Chambres la loi Chevandier, le projet de révision de la loi Roussel : pourquoi ne nous réussirait-elle pas quand nous n'avons à convaincre et à entraîner que des médecins ?

J'entends bien les timides me dire que nous heurterons des habitudes, des routines, des intérêts particuliers, et qu'on prendra prétexte de ce que nous sommes de petites gens pour ne pas nous écouter. Personne n'ignore aujourd'hui que le « Concours Médical », c'est la masse des praticiens, masse honnête, bien intentionnée, consciente, après ses succès, de la force que donne l'entente mise au service d'une belle cause. Pour ces motifs, on nous écoutera, je vous l'affirme, et je dirai même sans crainte, dût-on sourire un peu de quelque inexpérience largement excusée par la bonne volonté : « Travaillons, mes amis, car on ne se contentera pas de nous écouter, on nous entendra ». (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Comme vous venez de l'entendre, le rapporteur, après avoir résumé les points sur lesquels on semble d'accord après la discussion générale ouverte dans le *Concours*, soumet à votre appréciation l'adoption des deux premières conséquences qui en résultent :

Nécessité de répartir les étudiants au moment de l'immatriculation entre toutes les Facultés et Ecoles ;

Réforme du P. C. N. dont l'enseignement, devenu plus médical, serait confié non aux Facultés des sciences, mais aux Facultés et Ecoles de médecine, après que son nouveau programme aurait été établi de façon à laisser à l'élève sa matinée pour l'hôpital. .

Je donnerai la parole à ceux qui désirent soumettre quelque observation.

M. le Dr Mignen. — Comment concilier cette répartition avec l'organisation de l'internat ?

M. le Président. — Nous n'envisageons la répartition qu'au moment où les élèves s'inscrivent pour le P. C. N. ; ne préjugeons rien de ce qui se ferait plus tard : restons aux mesures par où il convient de *commencer*. Une commission seule pourra nous dire comment il conviendra de continuer.

M. le Dr Nouet. — Je voudrais rappeler ces trois points :

Obligation de distinguer entre les études du praticien et celles du futur professeur ; défense de prendre une seule inscription avant d'avoir fait son service militaire ; nécessité de faire un stage dans une clientèle avant de s'installer.

M. le Président. — Nous sortons de la question. La parole est à M. le Dr Tison.

M. le Dr Tison.— La répartition, dont vous parlez, porte une grave atteinte à la liberté. Nous som-

mes déjà si réglementés que j'appréhende cette nouvelle limitation de droits. Est-elle vraiment utile ?

M. le Dr Jeanne. — Très amis des libertés, nous ne nous attaquons à celle-ci que parce que les maîtres parisiens nous ont dit le mal qu'elle avait fait, rendant l'enseignement impossible dans leurs services trop encombrés d'élèves. Si cette liberté, conduisant par un engouement irréfléchi à l'impossibilité de l'enseignement, est nettement hostile à l'intérêt général, celui-ci a le devoir d'y opposer des tempéraments.

M. le Dr R. Sorel. — Au système de la répartition obligatoire, je préférerais la répartition se faisant spontanément par l'émulation des Facultés, celles-ci obligeant leurs professeurs à un enseignement effectif et les payant assez largement, pour qu'ils n'aient pas à s'occuper de la clientèle, organisant bien leurs laboratoires, leurs travaux pratiques, et créant des cours payés par les élèves.

M. le Dr Le Gendre. — Je me demande aussi avec crainte si nos Facultés et Ecoles de province sont toutes prêtes à recevoir le cadeau que vous leur proposez. Hôpitaux, services, chaires, laboratoires, tout cela s'y trouve-t-il en nombre suffisant ?

Mais j'approuve l'idée de rendre à des médecins un enseignement, qui doit être médical : seulement il faut s'y préparer.

M. le Dr Tison.— L'organisation actuelle du P. C. N. est sérieuse, quoiqu'elle paraisse avoir eu pour but de rendre service à d'autres plus qu'à nous-mêmes : rappelez-vous la traduction donnée des trois initiales : « Pour Caser Normale » (*On rit*).

Le reproche que je lui adresse est d'avoir sacrifié l'hôpital. Je préférerais que, rendant à celui-ci la matinée, on consacrât les après-midi de deux années à l'enseignement des sciences accessoires qui n'occupent à cette heure que la première.

M. le Président. — Messieurs, laissez-moi constater que des divergences de vues se produisent au sujet de la répartition des élèves entre les centres universitaires. Réservons donc cette question, et attaquons-nous bravement à la seconde sur laquelle nous sommes d'accord : réforme du P. C. N.

M. le Dr Jeanne. — Pour atteindre ce dernier but, chers confrères, je vous demanderai de confier l'élaboration du projet à votre Commission de l'encombrement, toujours constituée. Un peu préparée déjà à cette tâche sur laquelle son regard s'est arrêté, elle s'adjoindra tous les concours nécessaires, recevra tous les avis que vous voudrez bien continuer de lui donner et vous apportera l'an prochain des conclusions fermes. (*Très bien ! adopté.*)

Caisse des pensions de retraite.

M. le Président. — Suivant notre habitude, nous avons à vous faire part de l'état de celles de nos caisses, qui ne tiennent pas aujourd'hui leur assemblée générale. Nous insérerons au procès-verbal, faute de temps, l'état de la *Caisse des victimes du devoir* que vient de nous remettre M. Giberton. Mais je prie M. Lande de vous entretenir de la Caisse des retraites, qui, vous le savez par les articles de MM. Fleury et Lereboullet, a subi ces temps derniers des attaques inconsidérées et tout à fait injustifiées.

M. le Dr Lande. — Je me bornerai à une causerie, Messieurs, parce que le *Concours* publiera prochainement la conférence que j'ai faite il y a un mois à Agen sur cette question.

(*L'orateur, en un exposé d'une clarté remarquable où les arguments s'avancent serrés, portés par des chiffres déjà connus, démolit le château de cartes présenté aux confrères de la Nièvre, dans la réunion de leur Société locale. L'Assemblée qui, d'ailleurs, avait été peu émue par l'attaque si étrangement surgie après vingt ans, témoigne par ses applaudissements de sa confiance persistante en une œuvre, qui a déjà rendu tant de services*).

Caisse des victimes du devoir.

ETAT DE LA CAISSE DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL AU 15 NOVEMBRE 1902.

Recettes de l'année	310.25
Remboursement de 30 fr. de rente 3 % amortissable	997.40
Espèces en caisse au 1er janvier	718.10
Total	2.025.75
Dépenses : A Madame veuve Gallais, de Bonneville	300 »
Madame Veuve Méraudon, de Paris	80 »
Achat de 2 obligations Midi nouvelles	930 »
Frais généraux (trésorerie, correspondance)	3.80
Total	1.313.80

Balance : Recettes	2.025.75
Dépenses	1.313.80
Reste en caisse	711.95

Avoir de la caisse à ce jour : 255 fr. de rente 3 % amortissable.
4 obligations Midi, Nouvelles.
Espèces en caisse.... 711.95

Ce qui représente aux cours actuels, environ 11.019 fr. 45, capital sensiblement égal à celui que possédait la caisse en 1901.

Le trésorier,
Dr GIBERTON-DUBREUIL.

Propositions diverses

M. le Président. — Devant les ordres du jour très chargés de nos séances (et vous voyez combien il va rester peu de temps pour le « Sou médical »), nous avons fait rentrer dans le rapport de M. le Dr H. Cézilly plusieurs des propositions qui nous étaient parvenues et qui visaient la législation à laquelle s'intéresse le Corps médical.

Obligés de lever la séance, nous ne pouvons que donner lecture du court rapport relatif au vœu de M. le Dr Stagienski (de Saint-Etienne) sur une création de prévoyance. Ce rapport sera d'ailleurs publié au procès-verbal.

Une caisse d'indemnité en cas de décès

Notre confrère nous signale la récente organisation, entre pharmaciens, d'une caisse qui, moyennant 21 fr. d'entrée et versement de 10 fr. 60 à chaque décès d'un sociétaire, assure à la veuve ou aux ayants droit de chacun de ceux-ci, le jour de la mort, une indemnité de dix mille francs au maximum. Il nous demande si nous ne pourrions pas créer une Société analogue.

Le Conseil, à ce sujet, s'est reporté aux longues études publiées, sur ce système de Old Fellows, au *Concours médical*, en 1881. Avec MM. de Ranse, Laborde, Lande, Trolard, Cézilly, etc., il estime que ce système est plein d'aléas. A l'enthousiasme du début, peut faire place, après des versements souvent réitérés, un découragement qui mène aux abstentions et aux démissions et ferait faire faillite aux engagements. Il ne se déclarera prêt à entrer dans la voie des études que le jour où mille confrères lui enverraient l'engagement écrit de participer à l'œuvre, car il estime que la création des caisses de prévoyance, postérieurement à 1881, rendrait encore le succès plus douteux, beaucoup de besoins ayant ainsi reçu satisfaction. L'avenir de ce projet est donc tout entier dans les mains de nos Sociétaires. Ils peuvent d'ici l'année prochaine nous faire connaître leur sentiment formel : nous en attendrons l'expression.

M. le Président. — Approuvez-vous, Messieurs, cette réponse du conseil. (*Adopté.*)

La séance est levée.

BANQUET

Le banquet, toujours plantureux et bien servi, quoique la salle, occupée trop tard par les assemblées ait dû être transformée avec la rapidité d'un décor de théâtre, a réuni encore plus de convives que les années précédentes ; si bien que quelques retardataires ont dû, en guise de punition, dîner à la petite table supplémentaire dressée en un salon voisin.

Toujours même gaieté, même esprit de camaraderie : pas de solennité, même sous l'habit porté obligatoirement par quelques-uns.

Les toasts eux-mêmes, fruits d'une improvisation aussi heureuse que *sincère et sans prétention*, perdraient à sortir du cadre où ils furent prononcés : nous ne les publierons donc pas, puisque tel est le vœu des orateurs. Répétons seulement que le « Champagne du Concours » avait mis merveilleusement en verve le caustique et original sénateur Treille, nos deux fidèles Girondins, MM. Lande et Lasalle, Me Gatineau, l'organe habituel de nos revendications. Les membres du Conseil de direction se sont bornés aux remercîments à toutes les collaborations.

Seul, le discours du président Gassot ne peut se dispenser de prendre place ici, car il s'adresse à tous les absents de notre grande famille :

Mes chers Confrères,

De tous les devoirs qui m'incombent, le plus agréable est certainement celui qui consiste à porter la santé des membres du « Concours », celles de son Fondateur, de ses collaborateurs, de ses invités, la vôtre enfin, Messieurs, qui assistez à ce banquet.

Le « Concours médical » constitue une vaste famille où chacun a sa fonction et son rôle.

En l'absence du Fondateur, *pater familias*, auquel iront nos premiers vœux, les frères aînés ont pris en main le gouvernail ; mais que seraient leurs efforts s'ils n'étaient assurés de la collaboration des autres, de l'appui de tous ? nos collaborateurs ont un large droit à nos remerciements.

Nos invités sont aussi des collaborateurs : les uns au Parlement — oh ! ceux-là ne sont pas nombreux et leur compte est facile à faire, mais c'est une raison précisément pour que nous ne leur ménagions pas notre gratitude — les autres devant les tribunaux, d'autres encore dans des associations amies ou même dans le silence du cabinet, mais tous, avec le même zèle, veulent bien nous aider de leur influence, de leur autorité et de leur compétence. Remercions-les aussi chaleureusement.

Enfin, Messieurs, vous venez chaque année nous encourager, affirmer notre communauté d'aspirations et d'efforts : je n'ai pas besoin de vous dire combien vous êtes les bienvenus.

Je ne sais pas quel esprit chagrin disait un jour : « Vos réunions professionnelles, vos associations, tout cela n'est que prétexte à banquets ! ». Nos travaux de l'après-midi montrent surabondamment combien cette allégation est peu justifiée. Mais le fût-elle, j'estime que nous aurions raison encore de nous associer et de nous réunir.

Il ne faut pas trop médire des banquets professionnels : on en sort meilleur qu'on y est entré. Dans ces agapes, plus de discordes, plus de discussions ; il n'y a place qu'à la bonne confraternité ! A la faveur du libre parler, des joyeux propos, combien de préventions se dissipent, combien de sympathies s'affirment combien d'amitiés se nouent ! Nos banquets ont au contraire une haute valeur moralisatrice, et j'estime, pour ma part, qu'en venant ce soir vous joindre à nous, vous avez bien mérité du « Concours médical ».

Nous avons parmi nous, mes chers confrères, les membres du Bureau de l'Union des syndicats médicaux de France et de nombreux délégués, permettez-moi de porter un dernier toast en leur honneur et de boire en particulier à leur Président, notre excellent ami, le docteur Lande. (*Applaudissements prolongés.*)

Ont assisté aux assemblées et au banquet : MM. les docteurs Gassot, de Chevilly ; Maurat, de Chantilly ; Jeanne, de Meulan ; H. Cézilly, de Paris ; de Grissac, d'Argenteuil ; Mignon, des Mureaux ; Pannetier, de Triel ; Lacroix, de Paris ; Lepage, de Paris ; Lambry, de Courtenay ; de Saint-Cyr de Montlaur, de la Celle-Saint-Cloud ; Huguenin, de Paris ; David, de Claye-Souilly ; Le Gendre, de Paris ; Charayron, de

Gaillefontaine ; Le Menant des Chesnais, de Paris ; Lasalle, de Lormont ; Plateau, de Paris ; Katz, de Pontoise ; Sorel, du Havre ; Bellencontre, de Paris ; Prieur, de Rosny-sur-Seine ; Gairal, de Carignan ; MM. Léon Marie et Fleury, actuaires ; Gatineau, avocat-conseil du « Sou » ; P. Cézilly, d'Enghien ; Daix, de Clermont ; Pierre, administ.-délégué de la « Participation » ; MM. les docteurs Lande, de Bordeaux ; Delefosse, de Paris ; Rabjeau, d'Ingrande-sur-Loire ; Fraenkel, de Paris ; Provenaz, de Wissous ; Mignen, de Montaigu ; Beuve, de Dammartin ; Diverneresse, de Saint-Mandé ; d'Ayrenx, de Paris ; Danos, de Poissy ; Camescasse, de Saint-Arnoult ; Reumaux, de Staple ; Lucas, de Paris ; Pontet, de Rives ; Guillermin, de Grand-Lemps ; Archambaud, de Paris : de Châteaubourg, de Neuve-Lyre ; Cabasse, de Vaucouleurs ; Clément Petit, de Paris ; Naudin, de Lorris ; Millet-Lacombe, de Vichy ; Paul Petit, de Paris ; Moreau, de Versailles ; Rous, de Paris ; Lépine, de Belleville-sur-Saône ; Alphonse Petit, de Château-Thierry ; de la Rochefordière, de Paris ; Bazot, de Joigny ; Lemaire, de Compiègne ; Diacre, de Villeneuve-Saint-Georges ; Breitman, de Montesson ; Angelby, de Paris ; Toussaint, d'Hyères ; Mora, de Bazoches-les-Gallerandes ; Arthur Petit, de Paris ; Dubuisson, député du Finistère ; Treille, sénateur de Constantine ; Aslanian, de Trilport ; Barrabé, de Domfront ; Barbanneau, de Pouzauges ; Montsarrat, de Paris ; Poulliot, de Poitiers ; Gourichon, de Paris ; Moreau, d'Isbergues ; Noël, de Paris ; Rigabert, de Marly-le-Roy ; Baronnet, de Paris ; Perrin, de Bezons ; Mermillod, de Saclas ; Tison, de Paris : Rousseau, de Conflans-Sainte-Honorine ; Chopinet, de Crépy ; Dunogier, de Paris ; Mathieu, de Morienval ; Cailleux, de Crépy ; Beauxis-Lagrave, d'Aulnay ; Crouzet, de Creil ; Salomon, de Savigné-l'Evêque ; Demmler, de Saint-Leu-d'Esserent ; Gannat, de Vichy ; Naudet, d'Artenay ; Gouffier, de Neuilly ; Patureau, de Paris ; Vincent, de Mandres ; Duchesne, de Boulogne-sur-Seine ; Monnet, de Paris ; Barada, de Bazoches-le-Gallerandes ; Giberton, de Jouy-en-Josas , Carlet, de Paris ; Coup, de Méru : Leriche, de Meung-sur-Loire ; Robert, de Paris ; Darène, de Warmes ; Pasquet, de Paris ; Béziat, de Roissy ; Rachet, de Honfleur ; Cesbron, de Marines ; Sollier, de Boulogne-sur-Seine ; Tabard, de Vareddes ; Delcroix, de Paris ; Petitjean, de Jouarre ; Girard, d'Ivry ; Raffejeau, du Vésinet ; Jacquot, de Creil ; Mendelsohn, de Paris ; Thelliez, d'Hénin-Liétard ; Laffage, d'Arnay-le-Duc ; Capron, de Chaumont-en-Vexin ; Laquerrière, de Paris ; Jouve, de Gisors ; Ribard, de Meudon ; de Langenhagen, de Cannes ; Blache, de Paris : Debray, de Creil ; MM. Rondel, avocat ; Duményy, de Paris ; MM. les docteurs Berillon, de Paris ; Grellety, de Vichy ; Baratoux, de Paris ; Deléage, de Vichy ; Autheaume, de Paris ; Sergent, de Septeuil ; Aguilhon de Sarran, de Paris ; Vallat, de Joinville ; Cruchaudeau, de Paris ; Helme, de Paris ; Colin, de Paris ; de Font-Réaulx, de Paris : MM. Guillaumin et Hocquet, externes des hôpitaux ; MM. les docteurs Noir, de Paris ; Arnaud, de Paris ; Renault, de Paris ; Levassort, de Paris ; Boé, de Paris ; Griffon, de Paris ; Philippeau, de Paris et Guiberteau, de Saint-Jean-de-Corcoué.

Se sont excusés : MM. les docteurs Fischer, de Compiègne ; Courgey, d'Ivry ; Billon, de Dôle ; Pédebidou, sénateur ; Marcel Baudouin, de Paris ; Léon-Petit, de Paris ; Gires, de Paris ; Léon Labbé, sénateur ; Jean Labbé, avocat ; Henouille, d'Arcueil ; Mohammed, de Saint-Denis-de-Gastines ; Ader, de Bréval ; Baur, de Montmélian ; Julliard, de Châtillon-de-Michaille ; Cotte, de Marseille ; Rémon, de Domfront ; Annéquit, d'Esnandes ; Maze, du Havre ; Gaston, de Vairé ; Chevallereau, de Paris ; Roland, de Roanne ; Lebreton, de Paris ; Grelière, de Neauphle-le-Château ; Charmoy, de Courtenay ; Saintagne, de Saint-Christoly ; Osmont, de Caen ; Panné, de Nevers ; Hervouet, de Paris ; A. et G. Chanlaire, de Paris ; Chevallier, de Compiègne ; Brun-Bourguet, de Fréjus ; Thirard, d'Evreux ; Pinard, de Paris ; Lombard, de Nice ; Valla-Brochard, des Hermittes ; Siguan, de Port-Saint-Louis-du-Rhône ; Bergeret, de Bourgoin ; Nicolas, d'Angers ; Perret, de Vonnas ; Sénéchal, de Marseille ; Moreau, de Châtillon-sur-Sèvre ; Massol, de Roquebrune ; Brun, de Toulouse ; Charier, de Thouars ; Marais, de Honfleur ; Delthil, de Briare ; Treille, de Lavaveix-les-Mines ; Millet, de Montmorency ; Concaix, de Felletin ; Rolland, de Toulouse ; Oudaille, de Fresnoy-le-Grand, etc. etc.....

La place nous fait défaut pour reproduire les termes de ces lettres d'excuses. Nous le regrettons vivement, car ils donnent seuls la mesure de la vive solidarité qui unit les membres si dispersés de notre nombreuse Société. Si, par impossible, tous ces camarades se donnaient un jour rendez-vous à nos agapes, on reverrait quelque chose comme le banquet des Maires.

Qui vous eût dit cela, cher Fondateur Cézilly, quand, il y a 23 ans, vous donniez votre premier coup de clairon ! !

UN ARTICLE DE PROPAGANDE

Nos lecteurs ne manqueront pas de remarquer que nous avons résumé le plus possible le compte rendu de notre Assemblée générale, pourtant si bien remplie.

C'est que nous voulions faire place, dans ce numéro dont le tirage est exceptionnel, à l'article ci-après, que M. le Dr J. Noir a écrit en tête du *Progrès médical* (N° des Etudiants) pour faire passer sous les yeux de ceux-ci des idées qui nous sont chères.

S'il est bon que ces choses-là soient exposées par le secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux aux jeunes gens qui se préparent à devenir nos confrères dans quelques années, il est encore plus urgent de les rappeler aux camarades qui viennent d'obtenir le diplôme et qui franchissent le seuil de l'arène professionnelle.

C'est à eux que nous dédions ces lignes en souvenir de notre Assemblée de 1902.

Les débuts dans la vie médicale

Muni de son diplôme, au lendemain de la soutenance de sa thèse, le nouveau docteur se trouve le plus souvent pris au dépourvu. S'il n'a pas de guide dans sa famille, s'il n'est pas destiné à recueillir la succession professionnelle d'un parent ou d'un ami, son embarras peut être grand, et l'échafaudage ambitieux de bien des rêves va s'effondrer tout à coup. Pour la presque totalité des praticiens, les débuts dans la vie sont rudes et pénibles ; nous disons la presque totalité, car nous exceptons ici ceux qui poursuivent la carrière des concours et cependant là encore que de cruelles déceptions même après le succès !

Le premier souci du futur praticien sera le *choix d'un poste*. Où aller ?

De tous les côtés, on parle d'encombrement. La plupart des médecins ne sont pas issus de riches familles et il répugne à beaucoup de jeunes gens de cœur de rester trop longtemps à la charge de parents qui se sont souvent privés pour subvenir aux frais de leurs études. Les propositions ne manqueront pas, mais que le nouveau docteur y prenne

garde, la plupart lui réservent de décevantes surprises.

Ici, c'est un maire qui offre une subvention et même le logement au médecin qui voudra s'établir dans sa commune. Cette dernière est assez étendue et peuplée ; il y sera sans concurrent ; toutefois, pour légitimer la rétribution, le nouveau venu sera chargé du service de l'assistance médicale gratuite. Le docteur s'installe et ne tarde pas à s'apercevoir que les malades assistés sont à eux seuls presque tous ses clients. Et qu'il ne se plaigne pas encore si M. le maire, sous un prétexte quelconque, ne lui cherche noise pour réduire de quelques francs la ridicule subvention qui a servi à l'attirer.

Dans un autre cas, si ce n'est pas le maire, c'est le pharmacien, le curé, le député, ou celui qui a envie de le devenir, qui cherchent un nouveau médecin. Il y a bien dans le pays un autre docteur, mais c'est une brute, un ivrogne, un ignare ou un aliéné ; du reste, il a fait fortune et ne veut même plus se déranger. Un nouveau venu aurait de suite une clientèle assurée, surtout s'il était bien pensant ; entendez par là : surtout s'il pensait comme ceux qui le réclament. Le tentateur est éloquent, le futur praticien se laisse séduire. Il arrive et s'aperçoit que, dans la localité où il a été conduit, un seul médecin peut péniblement gagner son pain ; que le confrère, qui exerce depuis déjà longtemps dans cette région est estimé et respecté de tous ; que celui qui l'a attiré a cherché simplement à nuire à un homme indépendant qui n'a pas voulu le servir et que, pour conclure, on a fait de lui le complice inconscient d'une mauvaise action, dont il sera la première victime.

Défiez-vous encore, jeunes Confrères, des *ventes de clientèle*. Eliminez-les tout d'abord sans hésitation, si elles vous sont proposées par une agence. Si ce sont des confrères eux-mêmes, ou des familles de médecins décédés qui vous font des offres, soyez prudents, exigez de sérieuses garanties et souvenez-vous toujours que la confiance ne s'achète pas.

Il est néanmoins des cas où ces sortes de ventes peuvent rendre un double service et où le nouveau médecin évite de ce fait les angoisses et la longue attente du début. Autant que possible, il faut exiger que le prédécesseur exerce durant quelques mois avec l'acquéreur de sa clientèle et le présente personnellement à ses clients.

Une fois installé, le jeune docteur fait une première et rapide constatation : c'est qu'il est sans doute un nosologue érudit, un clinicien éprouvé, un savant thérapeute, un hygiéniste distingué, mais qu'il ne connaît pas un traître mot de son métier. Trousseau prétendait qu'il était plus utile au médecin d'être doué de savoir-faire que de savoir, et nous nous rappelons les conseils du vieux directeur de l'Ecole où nous avons commencé nos études. Ce vieillard, ancien interne de Dupuytren, disait avec sa brusquerie ordinaire aux étudiants de première année de son Ecole : « Parbleu, pour des médecins de campagne, des leçons d'équitation vaudraient mieux que des cours de botanique ». Nous n'irons pas jusque-là, mais nous reconnaîtrons franchement que l'enseignement de la Faculté n'a aucun souci de la pratique médicale et ne facilite en rien aux médecins l'exercice de leur profession.

Le malade de l'hôpital ne ressemble pas au malade de la ville. Il subit l'examen d'un et de plusieurs, répond aux questions, n'ose en poser aucune et accepte, sans objections, diagnostic, pronostic et traitement, quand toutefois on daigne parler devant lui. Il n'y a pas à son chevet de famille inquiète et méfiante. Les prescriptions médicales sont dictées à un personnel stylé ; le chef de service et ses assistants traversent leurs salles comme des pontifes dont on recueille avec soin les rares paroles et qui, à chaque numéro, dictent quelques ordres avec l'autorité et l'indifférence du prêtre qui administre un sacrement.

Dans la clientèle, la situation est tout autre : il faut être psychologue, juger du premier coup d'œil à qui l'on a affaire, se rendre compte s'il faut être doux ou sévère, agir avec une gravité autoritaire ou une familière bonhomie. Tout ceci s'acquiert plus ou moins vite, de là naît la confiance et, par suite, le succès du médecin. Il faut que le praticien sache se juger lui-même et tirer parti de son tempérament et de son caractère ; quelques-uns font merveille en affectant des airs de bourrus bienfaisants ; la plupart gagneront à être doux sans faiblesse, surtout avec les enfants, les femmes et les vieillards. En tout cas, la patience doit être la vertu primordiale du médecin.

Quelles que soient les difficultés du diagnostic, le médecin ne doit jamais manifester de doute, de tâtonnements, ni d'inquiétude devant le malade. Il peut, après sa visite, faire part de ses appréhensions à la famille, s'il la juge suffisamment intelligente ; mais il doit toujours garder une prudente réserve. Il ne doit être ni médecin tant-pis, ni médecin tant mieux, mais il doit, autant que faire se peut, avoir de fortes tendances à l'optimisme : il encourage ainsi le malade et stimule le zèle de ceux qui l'entourent. Il leur laisse l'espoir, le remède le plus sûr entre tous ceux dont il dispose.

Dans un ouvrage intitulé : *Mémoires d'un médecin*, un docteur russe distingué, qui se cache sous le nom de Veresaïeff, expose avec conscience ses tâtonnements du début. La lecture de ce livre plein de franchise est bonne pour un jeune médecin : il peint bien l'état d'âme du débutant en augmentant notablement ses défauts, car l'auteur est un vrai phénomène de psychologie morbide. Il exagère à plaisir scrupules et maladresses, et l'on est tenté à chaque instant de lui dire une bonne fois ce qu'il semble penser de lui-même : « Mon cher Monsieur, quand on manque de sang-froid à un tel point, quand on pousse aussi loin le doute de soi-même, quand, par timidité, manque de présence d'esprit, nous allions dire de vulgaire bon sens, on commet de pareilles balourdises, on ne se fait pas médecin. Vous auriez pu, au lieu de nuire à vos semblables, en bourrelant votre conscience de remords, employer votre intelligence à faire un notable commerçant, un adroit épicier, ou un parfait notaire. » C'est que, pour être un bon praticien, il faut être avant tout homme d'action, de sang-froid, de bon sens et de décision.

Avant de faire de leurs étudiants des docteurs, il ne serait pas inutile aux Facultés d'en faire de bons infirmiers. Le débutant ne tarde pas à éprouver de graves ennuis de cette lacune professionnelle. On lui demande comment on fait un cataplasme, comment on pose des sangsues, comment on prépare une infusion ; on le prie de s'expliquer sur la quantité d'eau d'un lavement et sur sa température, sur la durée d'un bain ; il doit indiquer le moyen de faire le lit d'une accouchée, expliquer à une jeune mère l'emmaillottement du bébé qui vient de voir le jour, insister sur le nettoyage du biberon et sur bien d'autres menues choses, cependant de première importance, que, certes, on ne lui a appris ni à la Faculté, ni dans les hôpitaux. Et cependant tout cela est essentiel, et si le débutant l'ignore, il risque sa réputation et perd la confiance qu'on a paru tout d'abord lui témoigner.

Le jeune médecin doit prendre le plus grand soin de la rédaction de son ordonnance. Ce papier qu'il laisse chez le client est la seule pièce qui souvent permettra de l'apprécier, elle sera discutée par la famille, les amis et surtout par le pharmacien. Ce dernier ne peut juger de la science du praticien que par ses prescriptions et il se permet souvent de critiquer son ordonnance. Le praticien ne tarde pas à se rendre compte qu'il est essentiel, pour calmer les appréhensions de la famille et du malade, de ne rien livrer dans le traitement à l'incertitude et au hasard. Aussi l'ordonnance doit-elle être longue et détaillée, fixer, dans les maladies graves, l'heure des prises de médicaments et d'aliments.

La diététique doit être une des principales préoccupations. L'alimentation du malade devra tenir une large place dans tout le traitement, et il est

profondément regrettable de voir si manifestement négliger son étude dans la plupart des services cliniques de nos hôpitaux.

Beaucoup de médecins, chez qui la suffisance tient lieu de science et d'expérience, souriront en nous lisant; ils dédaignent ces petits moyens, et affichent un mépris souverain pour ces petits soins au-dessous de la haute sphère où ils placent leurs connaissances scientifiques. Pour un peu, ils taxeraient de charlatanisme ces prescriptions détaillées. Qu'ils daignent parcourir, ces pauvres vaniteux qui se croient si forts, la longue liste de notre pharmacopée moderne, et qu'ils nous disent, s'ils sont réellement sincères, à quel chiffre s'élève le nombre des médicaments sur lesquels on peut réellement compter. Il est beau de parler de spécifiques, mais il faut en avoir à sa disposition ; il est parfait de conseiller une médication étiologique, mais encore faut-il connaître les causes réelles, si fréquemment multiples, de la maladie, et le plus souvent elles restent inconnues. Le médecin doit-il donc s'avouer impuissant? Non, il est en droit et il a le devoir de prescrire. Ne dédaignons pas trop l'empirisme. L'empirisme c'est l'observation, et l'observation c'est la médecine. Des connaissances aussi étendues que possible en anatomie et en physiologie ; des idées nettes et sans parti pris de pathologie générale, sur l'évolution des grands processus morbides ; un robuste bon sens pour appliquer les données de l'hygiène et de la thérapeutique ; la ferme conviction que la médecine est l'art de soigner, c'est-à-dire de soulager et de consoler les malades et non celui de les guérir, et avec cela on peut faire un excellent praticien, tout en restant un homme droit et sincère.

Mais les difficultés du débutant ne se cantonnent pas au chevet des malades ! Il lui faut d'abord chercher à se faire une clientèle.

A la campagne, ou dans une petite ville, le nouveau médecin est vite connu. Sa venue est un événement et après les quelques visites d'arrivée à ses confrères et aux notables, visites qui s'imposent et où il est tenu à la plus grande discrétion, il n'a guère qu'à attendre ; les premiers clients ne tarderont pas à se présenter. Il en est tout autrement dans une grande ville. Un nouveau médecin peut s'installer au centre d'un quartier populeux, y rester plusieurs années sans que ses voisins aient appris son arrivée et sans qu'on se doute de son existence dans la maison d'en face. Il a bien eu le soin de mettre une plaque de moyenne dimension, comme il est généralement d'usage, mais c'est là un maigre moyen de vulgarisation, souvent à peu près inutile. Dans certains quartiers de Paris, on le dédaigne et il en est même où le médecin qui en userait serait considéré par ses confrères comme praticien d'essence inférieure. Nous ne partageons pas ce préjugé et pensons que l'emploi de la plaque est absolument licite si elle reste dans les bornes de la simple indication et ne dégénère pas en affiche de magasin de nouveautés.

Nous profitons de cette occasion pour protester contre le snobisme de ceux qui reprochent à leurs confrères d'user de ce moyen. Que ces gens à la considération chatouilleuse ouvrent le *Bottin*, le *Tout-Paris*, le *Paris-Hachette*, et autres annuaires destinés au grand public, ils verront que ce ne sont pas les médecins à plaque qui font insérer en caractères les plus gras leur nom, leurs heures et leur spécialité, et qui à la moindre occasion, de leurs personnalités, remplissent dans des interviews adroites, les colonnes de nos quotidiens à grand tirage.

Donc le praticien qui s'est installé dans une grande ville est obligé d'attendre assez longtemps pour être connu et encore plus pour être apprécié. Ses relations personnelles, ses fournisseurs, quelques cas d'urgence, des malheureux incapables d'honorer un médecin, des gens de mauvaise foi, qui changent de docteur pour n'en payer aucun, quelques toquées vagabondes et un petit nombre d'incurables, voilà le maigre noyau de sa clientèle future.

Regrettons qu'un conseil formulé jadis dans le *Progrès médical* par notre rédacteur en chef, M. Bourneville, n'ait pas eu de succès. Il conseillait de ressusciter une coutume de jadis.

Pourquoi, disait-il, les praticiens très occupés, dont les forces physiques déclinent sans que leur réputation ne faiblisse, ne se feraient-ils pas seconder et remplacer par de jeunes docteurs de leurs amis. Ces derniers rempliraient auprès d'eux le rôle de secrétaires et deviendraient plus tard leurs successeurs ? La réalisation de ce projet serait très belle ; mais nos mœurs n'en permettent guère l'application ; les vieux médecins sont trop jaloux de leurs clients pour les confier à de jeunes confrères dont le manque de scrupules à leur égard légitimerait trop souvent peut-être leurs appréhensions.

Le débutant reste donc dans une situation difficile, qui le pousse fréquemment à se faire connaître par des procédés de mauvais aloi. Les difficultés de la vie, les ennuis de l'inaction les expliquent sans les excuser. Distributions de cartes-prospectus, soudoiement des concierges, platitudes auprès des pharmaciens, sont, dans les villes, les moyens les plus courants. Plus tard, viendront s'ajouter le dénigrement systématique des confrères plus anciens, l'exagération des pronostics, les visites en cachette des clients d'autrui, l'usage charlatanesque de procédés thérapeutiques anciens et nouveaux ; enfin, toute la gamme de ces petites vilenies qu'emploient trop fréquemment ceux que l'on est convenu d'appeler les « arrivistes » à cause de leur hâte d'atteindre le succès. Notre distingué confrère, M. le Dr Billon, de Dôle, a, dans la *Revue médicale de la Franche-Comté* (juillet 1902), fait un pittoresque tableau de ces jeunes praticiens faméliques « aux dents longues et aux courts scrupules » qu'il désigne du nom de « *Médecins modern style* ». Ils ont existé de tout temps et si la proportion en est plus élevée de nos jours, c'est que l'encombrement de la profession médicale y prête davantage, c'est encore parce que le manque absolu d'enseignement déontologique à la Faculté laisse les jeunes médecins qui n'ont aucune attache médicale de famille dans l'ignorance la plus grande sur la façon dont doit s'exercer leur profession. Fils de commerçants ou d'industriels, la plupart d'entre eux, bien que foncièrement honnêtes, manquent de l'éducation spéciale qui leur conviendrait; ils adaptent à la médecine les lois de la concurrence commerciale et ne se rendent compte du mal qu'ils ont fait que bien plus tard, lorsqu'à leur tour ils ont à souffrir des procédés qu'ils ont eux-mêmes employés.

Du reste, le débutant a fort à faire pour se défendre. De tous côtés, lui viennent propositions et tentations de toutes sortes, incitations dangereuses et parfois malhonnêtes. C'est un pharmacien de vingtième classe qui lui propose d'assurer la consultation de son arrière-boutique. C'est le grand cabinet médical où l'on guérit tuberculose et cancer, où l'on soigne par les moyens nouveaux, avec grand renfort d'attestations légalisées, qui a besoin d'un prête-nom ; c'est le professeur Un tel, exerçant, à défaut de diplôme, par la grâce des vespasiennes et la sottise de ses comtemporains, qui a besoin d'un pavillon doctoral pour couvrir les avaries de sa pratique. A défaut de tarés incapables ou abrutis, tous ces gens s'adressent au débutant. Le simple sentiment de l'honneur vulgaire suffit à le protéger. Mais où il lui est difficile de se garantir, c'est quand la traite des malades revêt à son égard l'hypocrite apparence de la bienfaisance et de l'honnêteté. L'organisateur de coopérative vient à son tour proposer des offres mirifiques : « Docteur, c'est une clientèle que je vous offre ; notre société compte de nombreux adeptes dans votre quartier. Regardez notre annuaire. Ce sont de braves gens, ils attendent un docteur. Quels avantages ferez-vous à nos membres ?» Le débutant balbutie. L'honnête courtier reprend ; Voyons, docteur, vous faites des visi-

tes à 5 francs et à 3 francs. Pour nos sociétaires, 3 francs sera votre prix maximum, il faut être généreux, ils ne sont pas riches. Quant aux opérations, aux accouchements, c'est bien simple. Nous annoncerons 25 % de remise. Cela ne vous engagera à rien : vous augmenterez légèrement votre note et vous ne perdrez en somme rien du tout. »

Le médecin s'extasie de voir le bon apôtre prendre un tel souci de ses intérêts ; il signe sans défiance un papier qu'on lui présente ; il ne s'engage du reste qu'à fort peu, à payer pendant cinq ou dix ans, trente, quarante ou cinquante francs pour insertions dans l'annuaire de la Société. Qu'est-ce ceci auprès d'une clientèle ! Il est vrai de dire que celle-ci ne vient point. Le médecin alors s'aperçoit qu'il a été filouté, mais qu'y faire ? Le papier signé est en règle, et d'ailleurs il est toujours désagréable de publier dans un mauvais procès quel'on a été un naïf.

Ne signez jamais rien, jeunes Confrères, et méfiez-vous toujours de celui qui vous offre la fortune en vous demandant de l'argent. Vous aurez d'ailleurs mille autres occasions d'être exploités de façon licite.

Le mauvais client n'est rien, c'est une individualité ; s'il est réellement pauvre, vous aurez bien fait en le secourant ; s'il est de mauvaise foi, il ne vous reprend plus quand vous avez appris à le connaître.

La véritable exploitation du médecin est pratiquée par des collectivités : au premier rang, citons, en province, l'Assistance médicale gratuite telle qu'elle est pratiquée dans certaines communes.

Nous allons faire crier au scandale. Comment ! un médecin va mettre au premier rang des collectivités qui l'exploitent l'Assistance médicale, c'est une honte ! La honte n'est pas pour nous, elle est pour tous ceux qui méconnaissent le devoir de solidarité, de charité si l'on veut, qui cherchent à s'en décharger totalement sur les faibles épaules du corps médical qui n'en peut mais. Et il est des départements de la très catholique Bretagne où les conseils généraux et municipaux préfèrent arborer sur leurs drapeaux le cœur du Christ que de mettre en œuvre ses doctrines. Si les médecins exaspérés refusent des forfaits ridicules, qui leur enlèvent leur liberté d'assister spontanément les malheureux et leur ôtent le bénéfice de la bonne action librement accomplie, M. le maire, qui est pressé par l'administration d'appliquer la loi, s'adressera au débutant et parviendra parfois à le convaincre.

C'est pour lui une porte d'entrée ; oh ! elle n'a rien de triomphal, mais elle le fera connaître. Il aura tiré M. le maire d'embarras ; il s'apercevra un peu plus tard de ce qu'est la reconnaissance du public quand il entendra dire : « Le pauvre diable, faut-il qu'il soit dans la misère pour accepter pareilles conditions ? » Et on ira consulter le confrère voisin qui, moins misérable, inspire plus de confiance que ce « petit médecin. »

La Société de secours mutuels ne le cède en rien à l'Assistance. Il faut bien que le médecin vienne encore en aide à cette œuvre humanitaire. Les mutualistes sont de pauvres gens que la maladie aurait réduit à la pire indigence si la prévoyance et la mutualité n'avaient prévenu le lendemain. C'est de la maladie et de la vieillesse que la mutualité protège ; le médecin doit fatalement être la clef de la voûte de cet édifice secourable. Il en résulte qu'il en supporte tout le poids, qui se traduit par un forfait, le plus bas possible, Le débutant, qui en ignore les charges et qui en escompte les bénéfices, est le premier à l'accepter si l'occasion s'en présente. Trop souvent, il s'apercevra qu'il est dupe s'il veut remplir ses fonctions avec conscience ; sa bonne foi se révoltera en constatant qu'une bonne partie de ces mutualistes ne sont pas, comme il l'avait cru, de pauvres diables qui, sans leur Société, tomberaient dans la misère du fait de leur maladie : il se rendra compte que la plupart sont des bourgeois cossus, des commerçants enrichis, plus exigeants de ce fait à son égard. Qu'y faire ? Il est engagé, et quel scandale s'il rompait avec eux et osait dire ce qu'il pense à ces cyniques parasites de la mutualité et de la philanthropie. En envahissant les sociétés de secours mutuels, ces pharisiens modernes n'ont-ils pas donné le bon exemple à ceux qui hésitent à s'y enrôler.

Vient ensuite la Compagnie d'assurances contre les accidents qui fait miroiter au nouveau docteur le monopole de toute une clientèle. S'il signe les traités, dont souvent les clauses importantes sont en caractères microscopiques, il ne s'apercevra que plus tard qu'en acceptant de donner des soins à prix réduits, il se fait tort à lui-même et à tous ses confrères. Ce ne sera que dans la suite qu'il comprendra l'exploitation dont il est victime. A la campagne il se révoltera ; à la ville, il en prendra son parti, l'hôpital sera là pour recevoir les malades trop ennuyeux à soigner ; avec un peu d'habitude, il deviendra éloquent et persuasif. La Compagnie sera enchantée de se décharger sur l'Assistance des obligations de ses contrats, et le médecin assez adroit pour convaincre le malade arrivera à ne pas trop regretter le rabais dégradant qu'il a consenti au grand détriment de ses voisins, Tout ceci, jeunes Confrères, n'est qu'une ébauche en raccourci des pièges qui vous seront tendus demain.

N'acceptez, si vous ne voulez y tomber, aucune situation d'attente, n'assumez aucune fonction que vous ne considérerez pas digne d'être conservée une fois que vous aurez réussi ; gardez autant que possible votre indépendance vis-à-vis des administrations, des municipalités, des œuvres de mutualité, de bienfaisance, des collectivités de toutes sortes ; considérez-vous comme leurs collaborateurs, leurs bienfaiteurs le plus souvent, jamais comme leurs obligés. Défiez-vous de tout ce qu'on vous propose, si ce que l'on exige de vous n'est pas parfaitement établi ; exigez une rétribution proportionnelle à la somme de vos services ; imposez autant que vous le pourrez le tarif à la visite et refusez les forfaits. Tout, il est vrai, est relatif, et l'on ne saurait ici poser des règles absolues ; l'organisation de la société où nous vivons change chaque jour, et il faut cheminer au milieu de cette constante évolution. Au bout de peu de temps, le jeune médecin, pourvu de tact et aidé de l'expérience de ses aînés, saura facilement distinguer les bonnes œuvres des mauvaises, celles qui lui demandent un franc et loyal concours, de celles qui se proposent de vivre à ses dépens et de l'exploiter.

La jalousie entre médecins est chose proverbiale; mais, de nos jours, on a pris en habitude de faire mentir les proverbes. A l'exploitation collective qui le menace, le praticien doit répondre par une organisation collective. Des sociétés de secours, des caisses d'assurances et de retraites, des syndicats professionnels se sont organisés à la fin du siècle dernier, la coalition des praticiens se dresse en face de l'exploitation des collectivités diverses. C'est dans ces sociétés que le jeune confrère trouvera les conseils et l'appui qui sont indispensables à ses débuts. C'est à ces institutions qu'il devra tout d'abord s'adresser. Les sociétés de prévoyance lui permettront d'envisager l'avenir avec confiance ; celles de défense, comme les syndicats médicaux, le mettront en mesure, à l'abri des lois, de tenir tête à ses adversaires et d'opposer la force de son droit aux efforts de ceux qui veulent l'exploiter.

On cherchera, certes, à le détourner de ces œuvres. Il entendra faire le procès de ces sociétés, exalter les fautes qui ont pu s'y produire, exposer celles qui n'ont jamais eu lieu ; il entendra maudire la tyrannie syndicale, le sacrifice de sa liberté. Quel sacrifice de liberté dans des associations où règne l'égalité la plus complète, où il n'existe qu'un souci, le bien de tous ; où la porte de sortie est aussi largement ouverte que la porte d'entrée ? On y exigera, certes, l'engagement du nouvel arrivé à remplir les devoirs de bonne confraternité banale, mais ces devoirs sont-ils si lourds, eux qui se résument dans la simple réciprocité : Ne

pas faire aux autres ce que l'on ne voudrait pas qui vous fût fait ? Et que sont ceux qui se livrent à ces efforts, bien vains il est vrai, contre le mouvement professionnel de prévoyance et de défense sans lequel l'avenir du corps médical aurait sombré ? Des heureux égoïstes que la fortune met à l'abri des vicissitudes de la pratique, ou souvent de ces gens qui, transformant à leur profit le paradoxe de Veuillot, sont toujours prêts à réclamer de leurs confrères syndiqués la bonne confraternité au nom de leurs principes, en leur refusant tout égard au nom des leurs. Mais qu'importe ? avec l'organisation actuelle et les efforts soutenus des praticiens, les débuts dans la vie médicale peuvent être guidés et devenir par conséquent moins pénibles.

Pour améliorer encore la situation du débutant, il faudrait que l'enseignement officiel ne se bornât pas à l'enseignement purement scientifique ; il le faudrait doublé d'un enseignement professionnel.

Des tentatives très louables ont été faites, de nombreux ouvrages de déontologie ont été publiés, mais tout cela est insuffisant. Les professeurs de médecine légale ont parfois abordé dans leurs cours des questions d'ordre purement professionnel. M. le Pr Brouardel a donné un des premiers l'exemple dans ses cours des dernières années. Le Pr G. Morache, de Bordeaux, dans un livre sur la *Profession médicale*, en a exposé les devoirs et les droits ; le Pr Grasset, de Montpellier, a fait suivre ses excellentes *Consultations médicales*, si utiles aux débutants, d'un résumé précis et très net des *principaux principes de Déontologie* ; mais ces excellents travaux ne sont pas assez répandus et il ne faudrait pas que les connaissances déontologiques et professionnelles soient livrées à la fantaisie et à l'imprévoyance de l'étudiant.

En n'enseignant pas la déontologie, on paraît laisser croire qu'elle est à dédaigner, et les leçons qui en traitent, dans les cours de médecine légale des Facultés, ne pouvant se renouveler chaque année, donnent à cet enseignement un caractère intermittent et précaire. Deux très distingués médecins de nos hôpitaux parisiens, MM. Lepage et Legendre ont bien fait, avec autant de talent et de dévouement que de succès, l'essai d'un cours libre de déontologie à notre Faculté ; ils ont comblé cette lacune pour tous ceux qui désirent s'instruire, mais, est-ce assez quand il s'agit de l'avenir de la profession médicale ? Avec M. le Dr Rosenthal, nous pensons que l'enseignement officiel de la déontologie médicale est indispensable.

Si l'on juge qu'il est dangereux de donner à quiconque le droit d'exercer la médecine sans être assuré de ses connaissances anatomiques, physiologiques, pathologiques, thérapeutiques et autres, nous jugeons, nous, qu'il est encore plus dangereux et illogique de ne pas s'assurer avant si le futur médecin connaît les droits et les devoirs de sa profession et les conditions dans lesquelles il est appelé à l'exercer. L'étude obligatoire de ces questions rendrait les débuts de la vie médicale moins durs, les déceptions moins grandes, la bonne confraternité plus sincère et le malade ne serait pas le dernier à bénéficier de l'élévation du niveau moral de notre profession.

J. Noir.

BULLETIN D'ADHÉSION

A la Société professionnelle **« LE CONCOURS MÉDICAL »**

Et d'ABONNEMENT AU JOURNAL LE « Concours Médical »

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS), ...

............*Médecin à*............

arrondissement d............*département d*............

date de la naissance............*reçu en*............*désire faire partie des Membres de la* **Société du Concours Médical**, *dont j'accepte les statuts, et je déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL » à partir du* ....

A............*le*............*190* .

(SIGNATURE)

Membre de l'Association............

Membre du Syndicat de ....

ou présenté par M. le Dr............

(Tout membre d'uno Association médicale n'a pas à se faire présenter par un parrain)

NOTA.— Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre 1886 et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société s'il s'abonne au journal, l'Administration du journal faisant abandon, à la Société, du prix de la première année d'abonnement.

Les abonnements partent du premier de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste ; à défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de Poste.

Affranchir ce Bulletin et l'adresser à M. l'Administrateur du

CONCOURS MÉDICAL

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

Le Directeur-Gérant: Dr H. Cézilly.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

Vingt-quatrième année. N° 49 6 DÉCEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE :

IXe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie

16 NOVEMBRE 1902

La séance est ouverte à deux heures dans la grande salle du restaurant Marguery.

Prennent place au bureau : MM. Maurat, *président*, H. Cézilly, *vice-président*, Gassot, *trésorier*, Jeanne, *secrétaire général*, Mignon, *secrétaire adjoint*, E. Fleury, actuaire, *conseil technique de la Société*, Lambry et David, *contrôleurs*.

(La liste des membres présents et des excusés a été publiée en même temps que celle des autres assemblées au dernier numéro du journal).

Allocution du président.

M. le Dr Maurat :

Mes chers Confrères,

Je suis très heureux, en ouvrant cette séance, de vous annoncer que la prospérité de notre œuvre suit, cette année comme par le passé, sa progression régulière.

Le nombre de nos sociétaires augmente chaque trimestre, les indemnités que nous versons à nos malades augmentent naturellement en proportion, et nos réserves, malgré tout, suivent la même marche régulière en avant.

L'union et la bonne entente qui se sont établies entre l'Association générale et nous continuent à porter leurs fruits, sans que nous ayons eu besoin de recourir à leurs bons offices, et, de 730 que nous étions l'an dernier à pareille époque, notre nombre passe à 839, c'est-à-dire avec une augmentation de 109 sociétaires, bien que la mort nous ait enlevé 8 confrères, aux familles desquels j'adresse, en votre nom, un souvenir ému, espérant que, pour certaines d'entre elles, les trop faibles indemnités que nous avons pu accorder auront été cependant de quelque utilité dans ces douloureuses circonstances.

Notre cher trésorier vous donnera, du reste, lui-même, sur ces différents points, des détails plus précis que les miens, et notre dévoué secrétaire général vous fera part des propositions qui nous ont été faites par un groupe important de confrères du Midi, qui avait créé une caisse locale d'indemnité en cas de maladie et manifesté le désir de se rallier à nous.

Mais si, cette année encore, notre nombre s'est accru de nouveaux membres, nous ne devons pas cependant nous montrer tout à fait satisfaits. Car ce nombre n'est pas en rapport avec celui bien plus grand de ceux de nos confrères que la maladie peut atteindre gravement dans leurs intérêts les plus chers, en compromettant la situation de leur famille. Il n'y a pas assez de prévoyants parmi les médecins et notre devoir est de continuer une propagande active autour de nous.

C'est du reste dans cet esprit que le journal le *Concours Médical* a, cette année, organisé, au prix de grands sacrifices, un service de propagande auprès de nos confrères par un visiteur attitré qui leur exposera de vive voix le but de notre association, ainsi que l'état actuel de toutes nos œuvres en s'efforçant de nous recruter des adhérents. Cet effort fait par l'organe de nos sociétés ne doit pas être cependant une raison pour vous de ralentir votre zèle et nous adressons un chaleureux appel à chacun de vous pour le prier de nous amener ses voisins encore indécis ou indifférents. (*Applaudissements.*)

Je donne la parole à M. le Dr Gassot, trésorier.

Rapport du Trésorier.

M. le Dr Gassot :

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association amicale pour l'année 1901.

Au cours de cette année, le conseil d'administration a prononcé 102 admissions et 2 réadmissions d'anciens membres, soit 104.

Au 1er janvier, nous étions 650 ; nous serions donc 754, si nous n'avions eu le malheur de perdre 10 membres, savoir : 3 par décès, 2 par démission et 5 par radiation. Nous restons donc 744.

Sur les 114 membres nouveaux, 47 se sont inscrits à la combinaison A ; 1 à la combinaison 1/2 A ; 55 à la combinaison B, et 1 à la combinaison 1/2 B.

Deux membres ont été autorisés à passer de la combinaison A à la combinaison B et un de la combinaison A à la combinaison 1/2 A.

D'autre part, les membres que nous avons perdu appartenaient, 5 à la combinaison A et 5 à la combinaison B.

De telle sorte que notre situation s'établit de la manière suivante :

344	membres à la combinaison A.
3	membres à la combinaison 1/2 A.
392	membres à la combinaison B.
5	membres à la combinaison 1/2 B.
744	

Les cotisations sont rentrées régulièrement, cependant 3 membres restaient sous le coup de la suppression prévue par l'article 11 des statuts.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 60.629 fr. 11, savoir :

Cotisations	56.373 25
Intérêts des valeurs	3.844 61
Recouvrements et rappels	382 40
Dons	28 85
Total	60.629 11

Dépenses.

Les dépenses ont atteint le total de 33.730 fr. 50.

Matériel	15 70	
Impressions	564 30	
Poste et transports divers	364 45	
Recouvrements et rappels	143 75	
Timbres quittance	138 80	2.141 30
Frais de bureau	800 »»	
Frais de trésorerie	29 80	
Déplacements des membres du conseil	87 50	
Indemnités aux associés malades		31.586 20
Total		33 730 50

Remarquons, en passant, que les dépenses d'impression ont été singulièrement augmentées par le fait de la réunion d'une assemblée générale extraordinaire et la modification des statuts qui a suivi.

Les indemnités-maladie ont été accordées à 102 sociétaires pour 5.454 journées de maladie, savoir 2.016 à dix francs et 3.438 à cent francs par mois.

Balance.

Si au total des recettes		60.629 11
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1900	4.789 59	4.890.56
et les espèces en caisse à la même date	100 97	
on trouve		65.519 67
Et si l'on déduit les dépenses		33.730 50
Il reste un excédent de		31.789 17

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 50 obligations Ouest 2,5 %	20.400 »»	
Espèces à la Société générale	14.224 40	
	34.624 40	
Dû au trésorier au 31 décembre 1901	2.835 23	
Total égal		31.789 17

Avoir de l'Association Amicale au 31 décembre 1901.

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr. Rente Française 3 %	10.283 40	10.000 »»
350 fr. Rente Française 3,5 %	10.840 70	10.130 »»
8 obligations Est nouvelles 3 %	3.711 05	3.656 »»
20 obligations Est anciennes 3 %	9.474 40	9.135 »»
30 obligations Midi anciennes 3 %	13.850 45	13 860 »»
30 obligations Grand Central 3 %	14.228 65	13.845 »»
40 obligations Lyon Fusion anciennes 3 %	19.140 25	18.480 »»
120 obligations Ouest 2,5 %	49.320 »»	49.320 »»
15 obligations Banque hypothécaire remb. à 1000 fr.	8.493 »»	8.305 25
Totaux	139.341 90	136 732 25

Espèces à la Société générale		14.224 40	
moins dû au trésorier par caisse	2.793 73		
moins dû au trésorier par Société générale	41 50	2.835.23	11.389 17
		Total :	148.121 42

Les cours de la Bourse accusent toujours une moins value notable pour notre portefeuille, bien que les valeurs qu'il comporte soient de tout premier ordre.

Caisse Auxiliaire.

Au 31 décembre 1900, elle possédait	858 fr.
Nous lui avons versé, en 1901, nos dons	28 fr. 85
Ce qui donnerait un total de :	886 fr. 85
mais la caisse a versé à un membre	100 fr. »»
Il lui reste donc au 31 décembre 1901	786 fr. 85

Votre conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de l'année 1902.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous faire connaître notre situation actuelle.

Au cours de l'année 1902, ont été admis 105 nouveaux membres, nous serions donc 849 si nous n'avions perdu dix sociétaires, savoir ; 8 par décès, 1 par démission et 1 par radiation. Nous restons donc 839.

Sur les 105 membres nouveaux, 46 se sont inscrits à la combinaison A, un à la combinaison 1/2 A, 57 à la combinaison B et un à la combinaison 1/2 B.

En outre deux membres ont passé de la combinaison A à la combinaison B et un de la combinaison B à la combinaison 1/2 B.

Enfin les membres que nous avons perdus appartenaient 7 à la combinaison B et 3 à la combinaison A.

De telle sorte que notre situation s'établit de la manière suivante ;

485	membres	inscrits à la combinaison A.
4	—	inscrits à la combinaison 1/2 A.
443	—	inscrits à la combinaison B.
7	—	inscrits à la combinaison 1/2 B.
839		

Vous voyez que nous progressons, sinon aussi vite que nous le souhaiterions, du moins d'une manière régulière et continue.

Recettes.

Au 10 novembre 1902, les recettes s'élèvent à 74.605 fr. 31, savoir :

Cotisations	64.889 fr. 25
Intérêts	4.128 fr. 02
Remboursements de valeurs(1)	1.960 fr. 85
Recouvrements et rappels	532 fr. 59
Dons	3.057 fr. 60
Remboursement à la caisse auxiliaire	37 fr.
Total :	74.605 fr. 31

La rentrée des cotisations se fait facilement ; cependant 7 de nos sociétaires restent sous le coup de la suspension prévue par l'article 11 des statuts.

Dans le chapitre des Dons, je dois signaler celui de 3,000 fr. versé par M. le Président Lannelongue conformément à sa promesse lors de l'accord intervenu entre l'Association Amicale et l'Association Générale des Médecins de France.

Dépenses.

Les dépenses à la même date se montaient à 32.509 fr. 85 savoir :

Impressions	219 55	2.096,85
Poste et transports divers	309 70	
Recouvrements et rappels	175 90	
Timbres quittance	158 80	
Frais de bureau	1.050 »»	
Frais de trésorerie	44 50	
Déplacements des membres du Conseil	138 40	
Indemnités-maladie		30.099 »»
Total :		32.195 85
Pour ordre : retraits de la caisse auxiliaire		314 »»
Total :		32.509 85

Je n'ai pas à insister sur les dépenses qui sont normales ; leur progression correspond à l'accroissement du nombre de nos sociétaires.

Balance.

Si au total des recettes de 1902		74.605 31
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1901	14.224 40	11.389 17
moins ce qui était dû au trésorier à la même date	2.835 23	
on trouve		85.994 48
Et si l'on déduit les dépenses		32.509 85
Il reste un excédent de		53.484 63

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de valeurs ;

2 obligations Est nouvelles 3 %		923.85
11 obligations Est anciennes 3 %		5.136.65
23 obligations Grand Central 3 %		10.566.85
20 obligations Aude 3,44 %		9.889.10
20 obligations Foncières 1883		9.198.40
		35.714.85
Espèces à la Société générale.	17.505.37	17.769.78
Espèces en caisse	264.41	
Total égal		53.484.63

Avoir de l'Association au 10 novembre 1902.

Portefeuille :	Prix d'achat	au cours
300 fr. Rente Française 3 %	10.283.40	10.040 »»
350 fr. Rente Française 3,5 %.	10.840.70	10.072.50
10 obligations Est nouvelles 3 %	4.634.90	4.640 »»
30 obligations Est anciennes 3 %	14.120.80	14.062.50
30 obligations Midi anciennes 3 %	13.850.45	13.942.50
50 obligat. Grand Central 3 %	23.324.90	23.300 »»
40 obligations Ouest 2,5 %	19.140.25	18.580 »»
120 obligations Ouest 2,5 %	49.320 »»	50.040 »»
15 obligations Banque hypothécaire à 1000 fr.	8.493 »»	8.793.75
20 obligations foncières 1883.	9.198.40	9.140 »»
20 obligations Aude 3,44 %	9.889.10	9.880 »»
	173.095.90	172.491.25
Espèces à la Société générale		17.505.37
En caisse		264.41
Total		190.261.03

(1) Trois obligations Grand Central et une Est ancienne sont tombées au remboursement.

Vous voyez que l'écart entre les cours actuels et nos prix d'achat tend à s'atténuer.

Notre réserve, en fin d'année, sera de 180.000 francs environ.

Caisse auxiliaire.

Les comptes de la caisse auxiliaire sont un peu plus intéressants que par le passé, puisqu'elle a commencé à fonctionner.

Au 31 décembre 1901, elle possédait	786.85
Nous lui avons versé le montant de nos dons, parmi lesquels celui fait par Mme de Fourmestreaux, en mémoire de son mari	3.057.60
En outre il lui a été remboursé	37 »»
Son encaisse s'élevait donc à	3.881.45
Mais elle est venue au secours de plusieurs sociétaires et de ce fait elle a déboursé	314 »»
Il lui reste donc un avoir de	3.567.45

Somme qui est comprise dans l'avoir total de l'Association.

Vous voyez, chers confrères, que notre Association amicale conserve une situation excellente : son avoir est à l'abri de tout aléa et les fluctuations des cours en Bourse ne nous émeuvent guère puisque nous nous bornons à attendre le remboursement au pair des valeurs que nous possédons ; quant aux services qu'elle rend, je n'ai pas à vous les rappeler.

Faites donc toujours de la propagande autour de vous : avec un peu de zèle vous doublerez rapidement le nombre de nos adhérents. Nous ne progressons pas assez vite, il y a longtemps que le chiffre de mille membres aurait dû être dépassé dans une œuvre de prévoyance et de solidarité telle que la nôtre.

Nous sommes tous heureux d'avoir fondé l'Amicale ou de nous y être affiliés, nous aurons donc conscience de faire œuvre utile et bonne si nous déterminons des confrères à suivre notre exemple. *(Applaudissements.)*

M. le Président.— La parole est à M. le Dr Lambry pour la lecture du rapport de contrôle des comptes :

Rapport des contrôleurs.

Messieurs et chers Confrères,

Le 16 octobre dernier, de concert avec notre honoré confrère, M. le docteur Blache, délégué de l'Association générale des médecins de France, vos contrôleurs ont procédé à l'examen de la comptabilité qui leur a été présentée par M. le docteur Gassot, trésorier de l'Association amicale des médecins pour l'indemnité-maladie.

Cet examen a porté sur la comptabilité envisagée dans ses moindres détails, depuis la date où ce même travail a été accompli l'année dernière.

Nous avons ainsi constaté :

Que votre fortune est intacte, qu'elle est représentée par des valeurs offrant toutes les garanties de sécurité possible à l'heure actuelle ;

Que toutes les opérations d'encaissement et de règlement d'indemnités sont accomplies et enregistrées avec une méthode et une précision parfaites.

Au cours de cette intéressante constatation nous avons été frappés par l'extrême multiplicité des opérations nécessitées par le fonctionnement de

notre association, et, contrairement à l'adage qui veut que le chiffre soit brutal, il nous est resté de cet examen le sentiment d'une harmonie précieuse dont tous les éléments concourent à la prospérité de votre fondation.

Aussi, croyons-nous devoir rendre hommage à la foi profonde avec laquelle votre trésorier préside à cette lourde tâche.

Et c'est pourquoi nous vous proposons, Messieurs et chers confrères, d'approuver sans réserves les comptes qui vous sont aujourd'hui présentés par votre trésorier, et nous vous demandons en outre de vouloir bien joindre vos suffrages aux nôtres pour lui exprimer toute notre gratitude.

Paris, 16 novembre 1902.

Dr LAMBRY. Dr DAVID.

M. le Président. — Je mets aux voix l'approbation des comptes qui viennent d'être présentés. (*Les comptes sont approuvés à l'unanimité.*)

Nous allons entendre maintenant le rapport de M. le Dr Jeanne sur la marche générale de l'Association au cours de cette année.

Rapport du secrétaire général.

Chers Confrères,

L'histoire de l'Amicale au cours de cette année tient presque tout entière dans les chiffres que vous a soumis notre trésorier.

Jadis, il me fallait toujours relever, dans ce rapport, quelques petites attaques ou critiques à notre adresse. Je n'avais, d'ailleurs, nulle peine à y répondre, car, formulées par des confrères étrangers à l'œuvre, elles s'appuyaient sur des interprétations erronées de nos statuts et règlements : elles ne tenaient pas debout ! Rien de tout cela en 1902.

Nous avons vogué sur mer calme et sous un horizon sans nuages, le gouvernail étant le plus souvent tenu par le trésorier qui ne perd jamais de vue sa boussole, je veux dire les statuts et calculs qui sont la garantie de notre sécurité.

Sous l'influence de nos négociations avec l'Association générale, le nombre des admissions avait monté l'année dernière à cette date, au chiffre de 85 : il s'est élevé en 1902 à celui de 95. C'est vous dire une fois de plus que l'entente a été fructueuse et bien accueillie : toutes craintes à ce sujet étaient donc vraiment chimériques, et c'est l'expérience qui nous donne aujourd'hui le droit de l'affirmer.

Quelques timides ont paru aussi, l'an dernier, craindre que l'Association générale n'ait pris à notre égard de lourds engagements en promettant de nous verser les cotisations des sociétaires passagèrement dans la gêne. Eh bien ! si cette éventualité est si redoutable, convenons qu'elle apparaît comme assez lointaine. Trois de nos 800 confrères ont seuls formulé pour une fois cette demande. Nous persistons à penser que l'Association générale nous viendra beaucoup plus en aide par son bienveillant patronage que par son budget ; et c'est ce qu'il faut souhaiter pour la marche rationnelle des deux Sociétés, l'une vouée à la prévoyance exclusivement, l'autre à la bienfaisance surtout.

Rassurons d'ailleurs les esprits, par une constatation éloquente. Née le 1er janvier 1894, l'Amicale a salué à la fin de 1898 le chiffre de cent mille francs alors atteint par sa réserve : il avait fallu cinq années pour y parvenir. Nous sommes en fin de 1902, et nous allons saluer au 1er janvier, le chiffre de 200.000 francs, c'est en quatre ans seulement que nous avons obtenu cette fois le résultat.

Notre marche est donc bonne, comme l'avait dit l'inventaire de 1900, et il ne faut pas craindre de le répéter une fois de plus.

Mais, sous prétexte de rassurer les timorés, n'est-il pas à craindre que la production de ces résultats ne grise les optimistes et ne laisse naître des ambitions prématurées ?

Evidemment non. Nous avons toujours tenu nos confrères au courant des remarques faites par nos actuaires, MM. Léon Marie et Fleury, sur la marche de nos opérations. Nul parmi nous n'ignore que la progression de la réserve, rapide au début, se ralentit singulièrement à mesure que s'élève l'âge moyen des sociétaires. Tous savent également que la combinaison B s'est révélée à l'inventaire plus lourde que son aînée, ainsi qu'on pouvait le prévoir puisqu'elle se compose de médecins à la fois plus âgés et plus voisins de l'infirmité ou de la maladie.

La note d'impression que nous donnions en 1900 reste donc la même : c'est un satisfecit bien mérité, mais qui ne nous autorise pas à nous départir de la prudence la plus vigilante.

Ainsi s'explique le refus du Conseil d'entrer dans une voie où, cette année surtout, trop de sociétaires prétendaient l'entraîner. Je fais ici allusion à de très nombreuses demandes de séjourner aux eaux, bains de mer, etc... à la faveur des bénéfices de l'article 30. Et, très désireux de traduire nettement, à l'avenir le sentiment de l'Assemblée générale, au risque d'essuyer encore quelques protestations d'un ton un peu vif, nous venons lui demander de préciser, une fois pour toutes, sa volonté sur ce point, en lui soumettant notre conduite passée, qui fut l'appréciation de chaque cas, et non une règle générale quelque peu brutale.

Lorsqu'un certificat du médecin traitant venait nous dire : « M. X... ne saurait reprendre son travail sans inconvénient avant d'avoir fait une cure à.........», ou bien : « M. X... ne sera complètement en mesure de recevoir les soins nécessaires qu'en se rendant à.... » ou encore : « Dès que M. X. sera transportable il devra faire une saison à.... c'est indispensable », nous laissions le sociétaire sous la commune loi, 10 fr. jusqu'au 65e jour, 3.33 ensuite.

Toutes les fois qu'on nous disait : « Je laisse le confrère reprendre provisoirement ses occupations, mais dans un mois ou deux il sera utile qu'il fasse une cure à... » ; ou bien « J'avais permis la reprise du travail, mais cela ne revient pas, et il faut pour en finir une saison à.... », nous accordions l'indemnité des chroniques.

Même décision était prise à l'égard du chronique qui demandait à se déplacer pour améliorer son état : il continuait de toucher les 3.33.

Jusque-là, pas de contestation.

Mais notre embarras, nos réserves, et aussi les discussions avec les sociétaires commençaient quand on nous écrivait : « Devenu rhumatisant, diabétique, dyspeptique, calculeux, je désirerais, pour prévenir des crises ou des aggravations possibles, aller faire cet été un séjour ici ou là ». Les membres du Conseil se regardaient alors et, comme ils ne sont pas plus exempts que les autres des petites misères pathologiques qui ornent la cinquantaine, il se demandaient si la moitié des sociétaires ne seraient pas fondés à s'offrir des cures thermales préventives, que nos statuts et nos calculs n'ont jamais prévues. Et alors, nous formulions un refus formel, à moins que l'instruction confiée au secrétaire ne révélât que la demande avait un réel caractère d'urgence.

En somme, mes chers confrères, le refus a été pour nous la règle quand il s'agissait de traitement préventif d'accidents non imminents ou de rechutes non prochaines. Vous allez avoir à vous prononcer sur la légitimité de cette attitude, et à nous dire si elle doit être conservée et modifiée.

M. le Président. — J'interromps notre secrétaire-général pour provoquer sur ce point vos observations et vos votes.

(*Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Plateau, Mignon, Prieur et Maurat, l'Assemblée approuve à l'unanimité la ligne de conduite du Conseil*).

Le secrétaire général reprend :

Nous vous demanderons de même de confirmer

par un vote l'interprétation que vous avez déjà voulu préciser à l'assemblée de 1899, au sujet de l'application de l'article 28 des statuts dans son paragraphe 3. Le Conseil, s'inspirant de votre discussion, a toujours maintenu que, dans une période d'un an, le sociétaire ne pourrait jamais toucher plus de soixante jours d'indemnité quotidienne *pour la même maladie* ; de sorte que ce chiffre atteint, toute prolongation ou rechute, entraînant cessation de travail ressortissait au régime de l'indemnité chronique.

M. le Président.— Ici encore, Messieurs, je sollicite votre avis et votre approbation pour nous couvrir contre des exigences injustifiées. (*Approbation unanime de l'assemblée*).

Le secrétaire-général continue :

Cette petite place faite à nos préoccupations d'administrateurs fidèles à leur mandat, nous reviendrons pour terminer, mes chers confrères, à deux faits qui intéressent la marche générale de l'œuvre.

Sachez tout d'abord que l'Association générale a organisé ce terrible contrôle qui devait porter une si grave atteinte à notre indépendance, au dire de quelques-uns. A cet effet, elle a fait place dans son Conseil d'administration à notre très dévoué trésorier, et nous a délégué le sien comme contrôleur, puis elle a désigné pour nous surveiller dans tous nos actes... Qui ? un inconnu de vous ? Un homme étranger à vos idées, à vos préoccupations ? Non, elle a choisi un des plus vieux amis de notre famille, celui que vous auriez élu vous-mêmes parce que vous l'avez vu à l'œuvre dans nos assemblées du « Concours » et du « Sou médical », M. Lepage, agrégé et accoucheur des hôpitaux, dont nous vous invitons à fêter l'entrée dans le Bureau (car son concours nous sera des plus précieux), de même que vous fêterez la collaboration de M. le Dr Blache, trésorier de l'Association générale, qui sera pour nos intérêts, dans les conseils de celle-ci, le plus dévoué et le plus éclairé des avocats. (*Applaudissements.*)

M. Lepage a marqué déjà ici sa présence par une innovation heureuse. Profitant des discussions qui surgirent dans la presse médicale au moment du centenaire de l'internat, discussions qui visaient la création d'œuvres de prévoyance entre internes, M. Lepage nous suggéra l'idée d'ouvrir à deux battants la porte de l'Amicale à ce groupe de candidats, et fit signe à ceux-ci de profiter de l'invitation.

Dès que l'Association générale aura fixé, en ce qui la concerne, les formalités nécessaires à ces admissions, nous trouverons là un centre nouveau de recrutement d'autant plus précieux qu'il nous fournira surtout des jeunes.

Félicitons-nous donc, Messieurs, des résultats de tous ces rapprochements.

Ils signifient que la période des semailles sous un ciel inclément et au milieu d'éléments hostiles a pris fin désormais. Contentons-nous de veiller amoureusement sur la récolte qui pousse pour le grand bénéfice du Corps médical, et souhaitons à chacun de nous que l'heure de la moisson soit,pour lui, aussi lointaine que possible, car elle se fait dans la souffrance et vient toujours trop tôt.

Là, mes chers amis, se terminait le rapport que je soumis au Conseil à notre séance préparatoire d'octobre. J'y dois faire une petite addition pour vous donner une bonne nouvelle.

Après négociations avec la Caisse maladie créée à Toulouse par M. le Dr Lucien Dorc et la Prévoyance médicale du Sud-Ouest, nous allons ouvrir nos rangs au 1er janvier à 24 confrères membres de cette Caisse. L'opération comportait quelques études et calculs que nous venons de mettre au point avec M. Fleury, à l'entière satisfaction des médecins de la Haute-Garonne, et sans toucher à notre pacte statutaire. Nous vous demandons, chers confrères, en guise de ratification, d'adresser à ces Sociétaires nouveaux le salut d'une bienvenue particulièrement amicale.

L'entente, vous le voyez, continue de faire des siennes. Elle n'a pas dit son dernier mot ! (*Applaudissements.*)

Election d'un contrôleur.

M. le Président. — Nous avons maintenant, de par les statuts, à remercier M. le Dr Lambry du concours qu'il nous a fourni pendant deux ans, et à lui donner un successeur.

On me signale M. le Dr Prieur (de Rosny-sur-Seine), comme pouvant, sans trop de dérangement, accepter ce mandat, et je propose son nom à vos suffrages. (*Adopté à l'unanimité*).

M. le Dr Prieur partagera le contrôle avec M. le Dr David qui nous reste pour un an.

Propositions diverses.

M. le Président. — Il n'est parvenu au Bureau aucune proposition nouvelle que j'aie à soumettre. Je vous demanderai quand même si la lecture de nos rapports ne vous a pas suggéré quelque idée intéressante à étudier.

M. le Dr Archambaud. — Il me paraît utile que le procès-verbal fasse bien ressortir ce que nous venons d'entendre : « Etat très prospère de nos finances malgré la proportion de malades indiquée par M. Gassot, 1 sur 7 participants ! » (*Très bien*).

M. le Dr Lande. — Le trésorier rendra le plus grand service à toutes nos œuvres de prévoyance en continuant d'accumuler dans ses rapports tous renseignements statistiques comme ceux qu'il a mis en lumière.

M. le Dr Plateau. — Ce que je viens d'entendre m'engage à formuler aussi une proposition : elle est très simple et je la présente ainsi : « Remerciements à tout notre Bureau. « (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Chers confrères, cordialement merci.

(La séance est levée à trois heures).

Le Secrétaire-adjoint.
Dr H. Mignon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Corps étrangers de l'oreille.

M. le Dr *Cuche*, de Lure, signale dans la *Semaine Médicale*, un procédé très ingénieux pour extraire les corps étrangers de l'oreille. Il prend un tube de caoutchouc, drain ordinaire, non fenêtré, coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité, ayant la longueur d'une cigarette et un diamètre assez petit pour pouvoir glisser facilement dans le conduit auditif ; après avoir relevé le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, on introduit l'une des extrémités du drain dans le conduit auditif externe, et on le pousse jusqu'au contact du corps étranger dont on a, au préalable, reconnu le siège. Ceci fait, le médecin met l'autre extrémité du tube entre les lèvres, et aspire énergiquement en rejetant la tête en arrière. A l'aide de cette manœuvre, on parviendrait presque toujours à extraire le corps étranger qui reste fixé par la pression atmosphérique à l'extrémité du drain, celui-ci faisant en quelque sorte office de ventouse. Pour rendre cette ventouse plus adhérente, il est bon

de laisser tremper préalablement l'extrémité de l'instrument destinée à recueillir le corps étranger dans de l'huile ou du pétrole, de façon à faire prendre au caoutchouc une consistance plus molle et à le rendre plus visqueux.

Le régime végétarien.

Le *Bulletin général de thérapeutique* et la *Médecine Moderne* viennent de publier et de condenser, en un certain nombre de conclusions très intéressantes, les effets du régime végétarien sur l'organisme humain :

1° Le régime végétarien est peu riche en nucléines ; il n'est donc ni reconstituant, ni excitant des fonctions assimilatrices ; mais, en revanche, il ne fournit qu'une très petite quantité de toxines ; par conséquent :

a) Il est sédatif du système nerveux et trouve son application dans la neurasthénie par excitation, dans l'épilepsie, peut-être la chorée, et dans les affections nerveuses à forme bruyante et agitante. Il est bon alors d'associer à ce régime des aliments nerveux, comme les phosphoglycérates acides, dont le dédoublement ne donne pas de toxines ;

b) Il diminue l'hypertension, car les toxines sont vaso-constrictives et opposent à l'action du cœur un obstacle, qui peut devenir dangereux ; l'hypertension, consécutive à cette vaso-constriction périphérique, est artérielle, pulmonaire ou portale (pléthore abdominale), comme l'a montré Huchard. Le régime végétarien, et surtout lacto-végétarien, qui est laxatif et diurétique et produit le minimum de toxines, combat ainsi l'hypertension périphérique, soulage le cœur central et vient augmenter les effets de la médication hypotensive (trinitrine, tétranitrol, opothérapie). Le régime lacto-végétarien est donc indiqué dans la présclérose, l'angine de poitrine coronarienne, l'aortisme héréditaire, les anévrismes, la néphrite interstitielle, la maladie de Stokes-Adam, l'arythmie palpitante ; enfin dans les cardiopathies artérielles qui aboutissent à un état permanent de vaso-constriction, car ici, il faut s'adresser, non au cœur, plus ou moins atteint dans sa force contractile, mais au système artériel, au cœur périphérique, dont on doit combattre la contraction exagérée pour soulager le cœur central et faciliter son travail :

c) Il élimine l'acide urique et empêche sa formation. Par sa réaction basique, le régime végétarien sature les acides en excès, acides normaux ou de fermentation, et intervient ainsi dans certaines formes de dyspepsie avec hypersthénie ou hyperesthésie et hyperchlorhydrie. Il rend donc l'urine hypoacide ou neutre, et fait disparaître les urates. Le régime animal, par les nucléines très abondantes qu'il contient, donne au contraire des bases xanthiques qui se transforment par oxydation en acide urique. Certaines bases xanthiques des végétaux se comportent du reste de la même manière et c'est pourquoi le café, le thé, le cacao, par la caféine, la théobromine qu'ils renferment, augmentent la teneur de l'acide urique dans les excrétions et doivent être en conséquence supprimés du régime végétarien exclusif. Ce régime s'applique donc à toutes les maladies de la nutrition où les oxydations sont insuffisantes, et spécialement à la goutte et à certaines formes de l'obésité. Il combat, par suite, les accidents consécutifs à la suralimentation, particulièrement à la suralimentation carnée et à l'alcoolisme, et intervient efficacement quand apparaissent l'insuffisance hépatique et la diminution de perméabilité du rein : mais, en ces circonstances, il faut s'adresser de préférence au régime végétarien des légumes verts, des herbes et des racines, afin de ne pas fournir à l'organisme une ration exagérée d'hydrates de carbone.

2° Le régime végétarien est d'une digestibilité assez faible et qui se limite elle-même en quelque sorte, puisque Rubner a montré que, plus la proportion des aliments végétaux ingérée est considérable, plus est faible aussi la quantité de matières azotées et d'hydrates de carbone digérée et absorbée. Il en résulte des déchets énormes, qui peuvent à la vérité produire la surcharge gastrique et intestinale, la dilatation de l'estomac, des diarrhées graves et même de la lientérie, mais qui, d'autre part, combattent :

a) La constipation, la coprostase, qui, par l'évacuation mécanique nécessaire, excitent le péristaltisme et triomphent de l'atonie intestinale;

b) Les autres intoxications alimentaires et les toxémies, les menaces d'auto-intoxication d'origine rénale, car l'évacuation mécanique et la diarrhée que le régime végétarien provoque parfois, entraînent et éliminent au dehors les toxines produites par des dédoublements fermentatifs et la pullulation des bactéries, et suppléent ainsi à la perméabilité insuffisante du rein. A cette action laxative, s'ajoute un pouvoir diurétique considérable que ce régime tient de la proportion d'eau qu'il renferme, ainsi que de sa teneur élevée en hydrates de carbone, lesquels se transforment en glucose, presqu'aussi favorable à la diurèse que le lactose. En éliminant rapidement les toxines digestives, il soulage le foie et les reins, et aussi le cœur, qu'il contribue peut-être à tonifier par les matières minérales qu'il contient.

Ce qui précède montre combien sont variées et nombreuses les applications du régime végétarien exclusif ou simplement combiné avec le lait ; mais il montre aussi que ce régime vaut surtout par ses inconvénients mêmes, par ses désavantages au point de vue nutritif. C'est donc un régime d'exception qui ne convient guère, à moins d'une longue adaptation, à l'homme bien portant, exécutant un travail ordinaire ; en revanche, il rend de grands services à beaucoup de malades, en combattant les dangers les plus immédiats soit de la suralimentation, soit de l'accumulation des toxines et de l'hypertension consécutive. Mais il faut l'appliquer avec prudence et ménagement, pour éviter les troubles du début, l'affaiblissement qui s'ensuit parfois et tâter la susceptibilité du malade, qui peut-être, exceptionnellement il est vrai, un réfractaire. Quant au régime lacté, c'est un excellent acheminement au régime lacto-végétarien ou végétarien exclusif. Mais, étant, dans la majorité des cas, un régime d'exception, il convient de n'en point prolonger trop longtemps l'usage, car le dégoût arrive et la dénutrition survient. Par conséquent, le résultat cherché une fois obtenu, il faut acheminer le malade, avec plus de ménagements encore qu'au début, afin d'éviter

le retour des accidents qu'on a combattus, vers un régime plus riche et plus reconstituant et ne pas hésiter à revenir au régime végétarien le plus sévère, s'il y a la moindre menace de retour des anciens dangers. N'oublions pas d'ailleurs, pour bien posséder le sens de ses applications et la méthode rigoureuse qui doit les diriger, que le régime végétarien est, avant tout, pour nous, non un régime banal, mais un moyen thérapeutique à la fois préventif et curatif.

L'eau oxygénée comme moyen épilatoire.

M. le Dr P. *Gallois* préconise l'emploi de l'eau oxygénée comme moyen épilatoire.

Voici comment il procède : la technique est des plus simples. On imbibe un coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler. On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils de la lèvre supérieure. Très rapidement ces poils pâlissent et ne constituent plus qu'un duvet incolore, absolument imperceptible. Si l'on persiste à faire des applications, ces poils se cassent et disparaissent.

Rien n'est donc plus facile. Le procédé n'est absolument pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais, pour les femmes auxquelles on a fait suivre ce traitement, ces applications ne sont pas des complications ; elles s'ajoutent sans difficultés aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle brûle le tissu tout comme elle brûle le poil. On ne s'en aperçoit généralement pas immédiatement ; c'est lorsque le linge revient du blanchissage que l'on remarque des trous, à l'emporte-pièce, aux endroits qui ont été attaqués par le médicament. C'est là un petit inconvénient facile à éviter.

La conférence de Bruxelles pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

La IIe conférence internationale pour l'étude des moyens de prophylaxie des maladies vénériennes, fondée sur l'initiative de M. le Dr *Dubois Havenith*, de Bruxelles, s'est tenue à Bruxelles en septembre 1902.

Nous attirerons surtout l'attention de nos lecteurs sur les conclusions adoptées par la conférence. La conclusion la plus importante est celle relative à la réglementation.

La réglementation de la prostitution sous sa forme actuelle doit être condamnée.

D'autres conclusions ont une importance réelle aussi, et ne sont pas simplement négatives.

Les prostituées vénériennes doivent être considérées comme des malades atteintes d'affections contagieuses et non comme des coupables.

La lutte contre la prostitution des mineures doit être engagée d'une manière active, par la création de sociétés de patronage auxquelles peuvent être confiées les mineures prostituées et en danger de se prostituer ; par l'obligation d'une éducation tutélaire aux moralement abandonnées, et l'instruction obligatoire sous forme de cours d'adultes jusqu'à dix-huit ans ; par la suppression des cafetiers et cabaretiers qui prêtent leurs locaux à la prostitution, par la punition de la séduction, etc.

Certaines réformes intéressantes dans l'organisation des hôpitaux ont été proposées. Ainsi on a voté le vœu que le traitement gratuit soit assuré dans la plus large mesure possible à tout vénérien, que les dispositions défavorables aux vénériens disparaissent des consultations, que le secret médical soit respecté dans les hôpitaux. Des propositions tendant à créer des dispensaires de quartiers, à organiser la consultation individuelle dans les hôpitaux, la séparation des sexes aux consultations, la création de services de dermato-vénéréologie dans les divers hôpitaux, à mettre le traitement des vénériens à la charge de l'Etat, à proscrire le traitement par les charlatans, ont été votées à une grande majorité.

Sans voter l'institution de lois destinées à infliger une responsabilité civile et pénale aux contaminateurs, semblables à celles de la Norvège, la conférence a été d'avis d'utiliser largement les dispositions législatives actuelles pour réprimer la contamination en dehors de la prostitution.

Il a été convenu que la vulgarisation du péril vénérien serait faite de la manière la plus large auprès du public et complétée par l'éducation de la jeunesse scolaire, par des instructions données aux conscrits. Une notice, une brochure et un livre traitant des dangers de la blennorrhagie et de la syphilis seraient rédigés sous le contrôle de la conférence et répandus dans le monde entier.

Des mesures sévères doivent être prises pour empêcher la contamination *extra génitale* par les nourrices, la vaccination, les instruments du travail.

En ce qui concerne la statistique, la Conférence a décidé de créer un bureau international chargé d'établir des bases uniformes.

Enfin, il a été décidé de créer une organisation permanente sous forme d'une *Société internationale de prophylaxie sanitaire et sociale de la syphilis* destinée à grouper les efforts faits dans les divers pays, et à faciliter tous les progrès, en prenant pour base ceux qui ont été accomplis sur un point particulier.

Traitement palliatif du cancer de l'estomac

Notre confrère, *le Journ. de Méd. de Paris*, signale une méthode thérapeutique fort rationnelle à appliquer aux malades atteints de cancer stomacal.

Il faut d'abord combattre la fétidité et faire de l'asepsie stomacale. Voici les meilleures formules :

Salicylate de bismuth........ }
Magnésie anglaise............ } ââ 10 gram.
Bicarbonate de soude......... }
En 30 cachets médicamenteux.

L'autre médication à remplir est de calmer les douleurs souvent fort vives. Pour cela, toutes les préparations opiacées peuvent être employées : gouttes noires anglaises, élixir parégorique, pilules d'opium, injections de morphine associée à l'atropine, par exemple, une seringue entière de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine...	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine......	10 milligr.
Eau stérilisée................	20 grammes.

Si les injections de morphine ont le grave inconvénient de produire la morphinomanie, ce danger n'est pas à redouter chez les carcinomateux, et, *dans les affections incurables et douloureuses, la morphine nous rend des services incomparables.*

Le régime sera absolument végétarien. Il est, en effet, une règle thérapeutique qui veut qu'on laisse reposer l'organe malade ; l'estomac est un organe qui ne peut se reposer, mais ce qu'on peut faire, c'est de réduire à son minimum le travail digestif, et cela d'autant plus que, dans la majorité des cas de cancer, il y a une diminution dans l'activité digestive du suc gastrique.

Lorsque le cancer siège au cardia, on a les mêmes indications que pour le rétrécissement de l'œsophage, c'est-à-dire qu'en dehors des procédés chirurgicaux, il faut alimenter le malade avec des aliments liquides ou semi-liquides. Aussi la poudre de viande rend-elle dans ces circonstances de très importants services.

Le cancer du pylore, lorsqu'il s'accompagne de dilatation, peut être traité par le lavage de l'estomac : non pas que ce lavage guérisse le cancer, mais il permet de faire un pansement de la muqueuse, de la débarrasser des produits ichoreux sécrétés par le cancer, et de calmer même quelquefois les douleurs provoquées par l'ulcération. On peut employer les lavages à l'eau naphtolée à 1 p. 1000 de naphtol, ou encore ces mélanges de salicylate de bismuth et de magnésie indiqués plus haut.

MÉDECINE PRATIQUE

Faut-il combattre la fièvre ?

Il fut une époque, encore peu éloignée de nous, et l'on peut même dire, pas tout à fait disparue, où le scepticisme thérapeutique amenait de nombreux médecins à se demander si véritablement la fièvre devait être combattue. « La fièvre, disaient-ils, mais, c'est la réaction salutaire employée par la nature pour se débarrasser des microbes et de leurs toxines : elle a une évolution cyclique, quasi-mathématique et, quoi que vous fassiez pour l'enrayer, vous ne parviendrez qu'à la reculer, mais non à l'abréger. Inutile donc de la combattre et même c'est dangereux d'essayer, car c'est de la thérapeutique qui entrave l'évolution naturelle. ».

D'autres vont même plus loin ; en véritables fatalistes, il prétendent que la médecine sérieuse est celle qui consiste à éloigner des malades tout ce qui peut leur nuire, la nature étant, le plus souvent bien armée elle-même pour se défendre et pour sortir victorieusement de la lutte contre ses ennemis. « N'empoisonnons pas le malade de quinine, d'antipyrine, de salicylates, de cytrophène, etc ; si la fièvre doit se terminer favorablement, elle tombera d'elle-même, au moment précis où la nature sera victorieuse. »

Que devons-nous penser de telles théories ? Sont-elles justes ? Sont-elles appuyées sur des faits indiscutables ? Et d'abord, qu'est-ce que la fièvre ?

I

Nature de la fièvre.

La fièvre est caractérisée par une élévation anormale de la température générale du corps et une suractivité de la circulation du sang. Son origine réelle est depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches et bien des auteurs ont donné, à différentes époques, des théories pathogéniques fort variées. Il serait très certainement d'un haut intérêt de pouvoir expliquer le phénomène de la fièvre dans tous ses détails, en s'appuyant sur des faits indiscutables et non sur des hypothèses ; la thérapeutique serait plus précise et moins empirique. Quoi qu'il en soit, quelques points paraissent encore obscurs dans la physiologie pathologique de la fièvre et si, actuellement, on sait que le phénomène capital, c'est l'ascension de la température, le mécanisme intime de cette thermogenèse est encore un peu vague.

Autrefois, on recherchait l'existence de la fièvre en tâtant le pouls et en comptant le nombre des pulsations par minute. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour ne diagnostiquer la fièvre qu'au moyen du thermomètre, mis en contact avec la peau des aisselles ou des aines, ou avec les muqueuses buccales, rectales ou vaginales. Dès que le thermomètre marque 37°,9 ou *au-dessus*, on proclame qu'il y a fièvre, chez les adultes, la fièvre moyenne oscille entre 37°9 et 39°, la fièvre grave oscille entre 39°1 et 40° ; la fièvre qui dépasse 40° 40°5, 41° est une fièvre hyperthermique, extrêmement grave. Chez l'enfant, le thermomètre monte très facilement au-dessus de 38° et de 39° et peut atteindre 42°5.

Cette hyperthermie est d'ailleurs fort variable selon les maladies et même selon les sujets. D'après le tracé linéaire des degrés marqués par le thermomètre tous les jours, matin et soir, on arrive à établir des courbes thermiques absolument spéciales et caractéristiques de différentes maladies. Il est superflu de citer la courbe brusquement ascendante, puis en plateau et finalement brusquement défervescente de la pneumonie franche aiguë, ainsi que la courbe progressivement ascendante, puis en plateau, ensuite largement oscillante et finalement défervescente en escaliers, de la fièvre typhoïde ; nous n'insisterons pas sur les courbes à grandes oscillations des suppurations profondes, ni sur les capricieux zig-zag de la grippe, ni sur les oscillations interverties à température matinale plus élevée que la température vespérale, dans la tuberculose aiguë ; tous les praticiens connaissent ces détails et cependant combien peu prennent le temps de noter ou de faire noter la température de leurs malades et de dresser la courbe qui suffirait parfois à établir irréfutablement le diagnostic !

En somme, donc, la fièvre est un excès de chaleur animale ; mais qu'est-ce qui produit cet excès ? Les physiologistes modernes admettent qu'il s'agit d'une stimulation des centres médullaires de la calorification. Il y a, en effet, des centres régulateurs de la chaleur animale bien nettement déterminés à différents étages de la moelle épinière. Sous l'influence d'une pullulation parasitaire quelconque (infection microbienne) ou simplement sous l'influence d'un arrêt ou d'une diminution de l'élimination de certaines toxines animales en circulation dans le

sang, ces centres thermogènes sont stimulés, excités et la régularisation ne se fait plus, le foie déverse abondamment sa matière glycogène dans la circulation porte et abandonne, pour ainsi dire, en quelques heures, ses réserves et son épargne ; le sang devient plus dense, le coëfficient des matériaux en circulation augmente et, par suite, le cœur et les vaisseaux se contractent plus énergiquement et plus fréquemment pour tâcher de répartir plus vite dans les différents points de l'économie les réserves qui leur sont intempestivement charriées.

Le défaut de régularisation de la chaleur et de la distribution du glycogène aboutit donc a un excès de travail du cœur et des vaisseaux. C'est là un premier point facile à constater. Mais, ce n'est pas tout : les tissus reçoivent tous, en même temps, des matériaux à assimiler en grande quantité et chaque cellule fait effort pour être à la hauteur de ce surcroît de travail ; mais, en même temps, les phénomènes d'osmose, qui doivent normalement se produire pour la nutrition et la désassimilation de chaque cellule, sont entravés par l'excès de densité du sérum sanguin. Cette sorte de conflit cellulaire amène encore un violent échauffement dans toute l'économie et les calories développées viennent se surajouter à celles que le sang a lui-même apportées. Dans cette lutte si disproportionnée, un nombre énorme de cellules se mortifient et leur déliquium encombre les lymphatiques et le torrent circulatoire ; les déchets sont alors tellement abondants que les émonctoires rénaux et sudoripares se trouvent débordés. Les fonctions de la peau ne se font plus que par à-coups ; aucune sueur ne se produit et les téguments restent secs et âcres. Les urines sont rares, rouges et épaisses. Cet état de surtension est absolument comparable à la situation d'une machine dynamo-électrique qu'on a surmenée, forcée, épuisée par un travail excessif.

Ce long exposé physiologico-pathologique avait sa raison d'être, car il fait entrevoir nettement les dégâts énormes causés par la fièvre. Certes les expressions populaires, « la fièvre le dévore » ou « il est en proie à la fièvre brûlante, » ne sont pas des comparaisons sans fondements ; ce sont, au contraire des figures absolument vraies et justes. L'hyperthermie amène, par la série des mécanismes que nous avons exposés, la carburation exagérée des cellules, leur desquamation précipitée, la chute des endothéliums vasculaires, la combustion brusque du glycogène, l'encombrement et « l'encrassement » des glandes sudoripares et des reins.

Que résulte-t-il de ces conclusions ? C'est évidemment que la fièvre, loin d'être un phénomène providentiel destiné à lutter contre l'infection, est un phénomène absolument néfaste, une cause de déchéance, une source de troubles de plus en plus graves, puisque la chute des endothéliums ouvre la porte à de nouvelles infections et favorise l'imprégnation de plus en plus profonde de l'organisme par les parasites ou les toxines. La fièvre doit donc être combattue, et même combattue avec énergie. Reste à savoir maintenant comment et par quels moyens ?

II.

Comment faut-il combattre la fièvre ?

Quoique la fièvre soit un ennemi redoutable il importe de ne pas s'affoler en sa présence et de se précipiter sans réflexion sur les armes que la chimie et la thérapeutique nous offrent pour faire baisser la température. La liste des drogues dont nous a encombrés l'industrie allemande, est particulièrement touffue en ce qui concerne les substances antithermiques et fébrifuges : antipyrine, phénacétine, exalgine, antifibrine, salicylates, pyramidon, salophène, salipyrine, etc., etc. ; beaucoup de maisons Françaises ont essayé de marcher sur ces traces et nous en fournissent de semblables sous d'autres noms. Toutes ces substances ont une action plus ou moins manifeste sur les centres thermogéniques et font descendre la température, pour ainsi dire, à volonté ; mais, ce sont tous des poisons qui ont d'autres inconvénients : spasmes vaso-moteurs, diminution de la diurèse, altérations de l'hémoglobine, action inhibitrice sur les cellules, etc..

La première condition pour bien combattre la fièvre est, naturellement, de connaître son origine, afin de chercher à s'attaquer au germe infectieux et à ses toxines : contre la diphtérie, c'est le système de Roux qui doit être employé d'emblée ; contre la pneumonie franche aiguë, également le sérum de Roux, le 1[er] ou le 2[e] jour ; contre l'infection typhoïde, le sérum de Chantemesse dans les 6 premiers jours environ ; contre l'infection puerpérale, le curetage ou l'écouvillonnage et l'irrigation intra-utérine abondante suivie du tamponnement renouvelé matin et soir. Voilà des méthodes précises et, par suite, véritablement efficaces. Mais, combien sont nombreuses les affections mal déterminées qui provoquent de la fièvre et contre lesquelles, la thérapeutique est en plein tâtonnement : angines, bronchites, suppurations profondes, rhumatismes, congestions, méningites, appendicites, péritonites, métrites, orchites, hépatites, entérites, intoxications et infections gastro-intestinales, grippes, érysipèles, tuberculoses, ostéomyélites, etc. Si, contre quelques-unes de ces affections, on peut recourir immédiatement à l'intervention chirurgicale, comme pour les appendicites, péritonites, abcès, phlegmons, ostéomyélites, combien sont nombreuses les affections dites « médicales » et absolument en dehors du domaine du bistouri et des antiseptiques directs.

Il ne reste plus alors qu'à recourir aux médicaments et aux méthodes physiques hypothermisantes : or, pour nous, il n'y a qu'un médicament ou deux à opposer à la fièvre : c'est la quinine, ou du moins, tous les composés de quinine et les salicylates ; les autres sont des médicaments évidemment très puissants, mais dont les avantages ne surpassent pas les inconvénients. La quinine en cachets et surtout en injections sous-cutanées de chlorhydro-sulfate ou de bromhydrate est le médicament par excellence, tonique, anti fermentescible et antiseptique en même temps qu'antipyrétique : ses inconvénients (bourdonnements d'oreilles, surdité passagère, brûlures gastriques) bien que réels, sont minimes en comparaison de son efficacité qui atteint son maximum contre l'hématozoaire de Laveran (paludisme). Les salicylates et surtout le salicylate de soude, sont les spécifiques du rhumatisme et peuvent avantageusement être employés à combattre toutes les fièvres, mais ils ont plus d'inconvénients que les sels de quinine

à cause de leur action irritante sur l'épithélium rénal.

A côté des médicaments, et l'on peut dire, au-dessus des médicamants, il faut placer la méthode réfrigérante : affusions froides, compresses d'eau froide, bains froids ou tout au moins tièdes et progressivement refroidis de 28 à 15°.

Est-il besoin de rappeler les merveilleux effets des bains froids dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, dans les fièvres éruptives, dans la grippe infectieuse ? Faut-il insister sur les succès des compresses d'eau froide sur le thorax des bronchiteux capillaires et des broncho-pneumoniques, ainsi que sur les bons effets des vessies de glace sur la tête, sur le cœur, sur l'abdomen, en cas de méningite, d'endo-péricardite, de péritonite ?

Ces moyens agissent doublement contre la fièvre et contre ses funestes effets : antithermie, d'une part, stimulation des émonctoires et facilité de circulation générale, d'autre part. Tous ces motifs doivent nous faire préférer la méthode réfrigérante aux médicaments, toutes les fois que son application est facile et ne menace pas d'être une source de complications par suite de la mauvaise installation ou de l'incapacité intellectuelle notoire des personnes qui soignent le malade. D'ailleurs, rien n'empêche d'associer les deux méthodes, qui ne se contrarient nullement.

Dr Paul HUGUENIN.

PÉDIATRIE.

L'allaitement artificiel des nourrissons par la méthode américaine. Les Milk Laboratories.

L'allaitement artificiel des nouveau-nés est une des questions les plus complexes et les plus importantes de la pédiatrie. Elle a provoqué et elle suscite encore, dans notre pays et à l'étranger, des essais et des travaux nombreux. En France, lorsque l'allaitement au sein n'est pas possible, nous employons généralement le lait de vache stérilisé, soit pur suivant la méthode de Budin, soit simplement coupé d'eau bouillie suivant les indications de Marfan. En Autriche et en Allemagne on s'est efforcé de préparer des laits modifiés, privés d'une partie de leur caséine, de façon à se rapprocher de la composition du lait de femme : tels sont les laits dits humanisés de Gaertner, de Backhaus et de Biedert. Baginski a également utilisé, avantageusement déclare-t-il, dans son service de l'hôpital des Enfants, à Berlin, un lait pauvre en matières grasses dont l'usage est très commun en Hollande.

Les Américains sont allés beaucoup plus loin dans la voie de l'allaitement artificiel par le lait modifié. Sous l'influence et sous la haute autorité du professeur Rotch, de l'Université d'Harvard, ils ont construit de vastes laboratoires uniquement destinés à la manipulation du lait appelé à alimenter les nourrissons. Ce sont les *Milk laboratories*, actuellement au nombre de 18, répandus dans les principales villes des Etats-Unis et du Canada. Le premier de ces établissements édifié, en 1891, à Boston, fut bientôt suivi par d'autres à Philadelphie, Washington, etc. Depuis 10 ans il a déjà distribué plusieurs millions de litres de lait modifié suivant les principes du professeur Rotch.

Il s'agit effectivement d'un véritable système dont le but est de préparer non pas un breuvage unique pour tous les enfants, mais des laits multiples, de formules variées, chaque nourrisson ayant son dosage spécial qui change selon les besoins. Ainsi, par exemple, tel nouveau-né, en raison de son âge ou d'une digestion mauvaise des albuminoïdes, doit recevoir un aliment pauvre en caséine : le médecin prescrit une formule appropriée dans laquelle il indique lui-même la quantité de caséine, de beurre, de lactose que le lait contiendra. Il fait ainsi une réelle ordonnance qui est portée au Milk laboratory comme le serait une prescription de médicaments dans une pharmacie. Deux heures après l'enfant est en possession du lait dûment dosé. Si le lendemain, le médecin juge une autre combinaison préférable il change sa prescription sans que cela souffre de difficulté.

Le milk laboratory s'approvisionne d'un lait convenable, régulier, trait hygiéniquement, aussi parfait que possible ; il le manipule ensuite toujours dans des conditions d'asepsie rigoureuse — d'une façon scientifique, presque mathématique. Pour arriver à donner à chaque nourrisson un aliment qui lui soit personnel, le lait est dissocié en beurre, crèmes de différentes forces et petit lait. On y adjoint la lactose, de l'eau stérilisée, de l'eau de chaux, des farines diverses. La composition qualitative et quantitative de chacun de ces éléments étant chimiquement établie, il est possible en les combinant d'obtenir des laits de formules les plus variées.

Le milk laboratory est donc, en résumé, une pharmacie où, avec les produits dont je viens de parler, on prépare suivant ordonnance magistrale, le lait destiné à l'alimentation des nouveau-nés. Son originalité consiste à ne vendre que sur prescription, à fournir à chaque enfant du lait dont les proportions ont été fixées par le médecin.

Ce système, bien américain, est-il supérieur aux méthodes employées en Europe, et en particulier au lait stérilisé ordinaire, dilué ou non, dont l'usage est général en France ? Tel est le problème posé, au mois d'août dernier, devant le 70e Congrès de l'Association médicale Britannique par le Pr Rotch lui-même, qui vint personnellement présenter et soutenir son procédé. La réponse à cette question demeure, il va sans dire, jusqu'à ce jour indécise ; néanmoins, le travail du Dr Rotch contient d'utiles et intéressantes données dont nous allons traduire les principales.

Tout d'abord, le meilleur aliment du nouveau-né, celui qui procure la plus faible mortalité infantile, est le lait maternel. Or, si l'on pratique, dit Rotch, une série d'analyses de cet aliment naturel on trouve des différences assez sensibles de composition. Ainsi, sur 14 femmes saines dont les enfants étaient en bonne santé, digérant bien et augmentant de poids d'une manière normale, Harrington a constaté les variations suivantes :

Beurre...............	de 2,02 à 5,16 %.
Sucre de lait.........	de 5,68 à 6,55 %.
Protéides............	de 2,12 à 4,14 %.

Nous sommes donc loin d'une formule à type invariable, chaque nourrisson recevant du sein de sa mère un lait particulier lui convenant, qui n'est pas semblable au lait d'une autre femme.

D'autre part, pour être d'une manière générale le meilleur, le lait maternel ne va pas sans certains inconvénients. La sécrétion mammaire se trouve, en effet, désavantageusement modifiée par les troubles nerveux de la nourrice, par les altérations de sa santé, de sorte qu'il peut, parfois, constituer non plus un aliment mais un véritable poison pour l'enfant auquel il cause des gastro-entérites.

De tout cela il résulte deux choses : l'impossibilité, en premier lieu, dans nombre de circonstances, de nourrir l'enfant au sein, soit que la femme n'ait pas de lait, soit que celui-ci ne convienne pas au nouveau-né. La nécessité, en second lieu, imitant la nature, de ne pas donner un breuvage unique à tous les enfants, la sécrétion mammaire — dont il faut chercher à se rapprocher, puisque, malgré son imperfection, elle reste l'idéal — variant elle-même, comme nous venons de le voir, de composition. On ne doit donc pas s'en tenir à un seul lait applicable à tous les nourrissons mais choisir pour chacun un aliment adapté à son âge, à ses capacités digestives et à sa santé.

Pour atteindre ce but, les milk laboratories emploient en mélanges un certain nombre de principes tirés la plupart du lait de vache et quelques-uns du règne végétal ou minéral. Avant d'en faire la synthèse dans les milk-rooms (laiteries) il convient, il va sans dire, de connaître ces éléments tant au point de vue de leur analyse chimique que de leur action physiologique.

Voyons d'abord l'élément principal, fondamental, le lait animal complet, base de tout aliment modifié du nouveau-né. Aucun lait animal n'offre, à l'analyse, de similitude complète avec la sécrétion du sein de la femme. Etant donné que les laits d'ânesse ou de chèvre ont besoin d'être préparés aussi bien que celui de vache, il n'y a aucun avantage à s'adresser à eux. On donnera la préférence au lait de vache, dont le prix est peu élevé et la diffusion universelle.

La race de l'animal offre un certain intérêt. On choisira une espèce vigoureuse, bien acclimatée, nourrissant convenablement ses petits. En France, les vaches bretonnes, normande et flamande sont avantageusement employées. D'ailleurs il est indispensable de faire, chaque fois, l'examen du lait, la composition de celui-ci variant non seulement avec la race, mais encore avec le troupeau.

Pour préparer le lait modifié, il est nécessaire de se baser sur un dosage soigneux du beurre, du sucre et des protéides. Il est préférable de se servir non pas du lait d'une seule vache mais de mêler celui de toutes les unités du troupeau. Le lait d'un seul animal, ressemblant en cela au lait du sein, est susceptible de varier d'un jour à l'autre et même de devenir nocif, lorsque le sujet producteur est lui-même malade. Aussi, par le mélange des traites obtient-on une moyenne d'autant plus constante que le troupeau est plus grand.

Certains facteurs peuvent influencer le lait animal: une agitation excessive, le séjour sous la pluie ou dehors au mauvais temps, la maladie, les saisons également. Richmond a montré que le lait de novembre, décembre et janvier, était riche en beurre et en solides, celui de février, mars et avril riche en solides et moins en beurre, celui de mai, juin, juillet et août moins riche en solides et assez pauvre en beurre. D'autre part, la traite du soir est généralement plus chargée que celle du matin, si l'intervalle entre les prises de nourriture ne dépasse pas 10 heures; de même le lait de la dernière partie de la traite contient plus de principes nutritifs, que celui du début.

Un point important est la composition bactériologique du lait. Richmond classe ainsi les micro-organismes de ce liquide :

a) Microbes des fermentations lactique, butyrique et alcoolique. La première, due à la transformation du sucre du lait en acide lactique, est la plus commune. La seconde, beaucoup plus rare, se reconnaît à l'odeur caractéristique et désagréable de l'acide butyrique. Plus exceptionnelle encore est la fermentation alcoolique.

b) Microbes caillant le lait.

c) Microbes produisant des matières colorantes, le lait rouge, bleu, jaune, visqueux, amer; microbes producteurs de ptomaïnes, de tyrotoxicon, produit dérivé de la benzine et cause des cas d'empoisonnement par le lait, par le fromage par la crème glacée.

d) Microbes pathogènes de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, du choléra, etc.

Pour obtenir un lait stérile, ou du moins susceptible d'être pratiquement considéré comme tel, deux méthodes peuvent être utilisées séparément ou conjointement. La première, naturelle, recommandée par Rotch et mise en œuvre dans sa méthode, consiste à recueillir le lait purement, la seconde, artificielle, consiste à le stériliser par de fortes températures.

L'animal étant choisi sain, les microbes, dans la grande majorité des cas, viennent du dehors. Si, dès lors, on a soin de faire la traite proprement, dans des conditions extérieures satisfaisantes, et de rejeter les premiers jets du liquide, on obtiendra du lait pur. Baginski, chargé, en Allemagne, par le ministre de l'agriculture, de faire un rapport sur cette question, fut ainsi apprécié par les laitiers de la capitale prussienne : « Baginski, dirent-ils, voudrait voir les garçons laitiers en gants blancs et habits de soirée et la laitière en toilette blanche de bal impeccable ».

Voici maintenant la façon d'opérer des fermes et des milk laboratories, selon les indications de Rotch.

Les vaches sont nourries d'une manière régulière, n'allant pas manger de plantes inappropriées dans les pâturages, ne prenant qu'une quantité modérée d'herbages verts au printemps et à l'automne. Les troupeaux américains restent à l'étable où ils reçoivent une nourriture toujours semblable. Ils sortent seulement dans des paddocks ensoleillés et bien entretenus où ils se promènent à l'ombre des arbres, en été. On évite ainsi les troubles digestifs souvent provoqués chez les nourrissons, au printemps et à l'automne, par le lait de vaches mangeant trop d'herbes dans les prairies.

Les vaches sont convenablement pansées dans des hangars spéciaux, à sec plutôt qu'avec de l'eau, ces animaux étant sensibles à l'humidité.

L'étable sera rigoureusement propre, les murs, le plafond et le plancher cimentés. On tient l'animal debout jusqu'à la traite au moyen d'un appareil de contention fixé à la tête.

Tout animal subira l'épreuve de la tuberculine

et sera éloigné des autres à la plus légère indisposition. Tout lait doit être examiné au point de vue bactériologique.

Des garçons laitiers bien portants procéderont à la traite revêtus de blouses blanches stérilisées. En raison de l'extrême sensibilité de la vache, il est préférable de la traire dans son box plutôt que de la conduire dans une salle particulière.

Le lait, recueilli dans des vases aseptiques, est alors conduit au milk laboratory. Cet établissement doit avoir la propreté d'une salle d'opération chirurgicale ; l'air y pénétrera purifié : on humectera continuellement par un spray d'eau froide l'ouverture servant à la ventilation, dans le but de chasser les poussières.

Grâce à toutes ces précautions, on obtient un lait qui, bactériologiquement, peut être considéré comme satisfaisant. Il contient une quantité minimum de micro-organismes.

La stérilisation artificielle se fait au moyen de la chaleur. A 60°, la plupart des bactéries pathogènes sont détruites ; à cette température également le ferment de la présure est annihilé et il se forme sur le lait une pellicule constituée par des dérivés d'oxydation de la caséine et des sels de chaux. A 72°, la lactalbumine (albumine du petit lait) se coagule partiellement, le goût et l'odeur du lait commencent à s'altérer. A 120° toutes les spores sont détruites. Il existe donc une température, celle de 68°, actuellement employée dans la pasteurisation, assez élevée pour anéantir la majorité des germes microbiens, y compris la présure, sans coaguler l'albumine du petit lait et sans altérer ni le goût, ni l'aspect de ce liquide. Cette pasteurisation, si l'on se sert de lait prélevé dans les conditions d'asepsie ci-dessus décrites, suffit largement aux besoins de la pratique journalière. La stérilisation à 100° ne paraît pas nécessaire ; néanmoins, celle-ci laisse à peu près intacte la digestibilité du lait.

Le Professeur Rotch examine ensuite, dans son rapport, les principaux composants du lait modifié, le petit lait, la caséine, la lactose, les amylacés, farines diverses. etc. Le petit lait contient environ 4 % de beurre, 7 de lactose et 1 de protéide (lactalbumine). La lactalbumine est une protéide spéciale différente de la caséine : la première reste dissoute dans le petit lait, la seconde se coagule. La lactalbumine est abondante dans le lait de femme dont elle représente les 2/3 des matières protéides ; c'est au contraire la caséine qui domine dans le lait de vache, elle forme les 4/5 de ses protéides. Les deux caséines, celle du lait de vache et celle du lait de femme sont-elles semblables ou analogues ? Il est difficile de le dire, il n'est pas possible en tous cas de les différencier.

Pour formuler convenablement une alimentation de nourrisson, il est nécessaire également de connaître la capacité gastrique de celui-ci. Voici, à ce sujet, quelques chiffres approximatifs :

Capacité gastrique de l'enfant, constatée à l'autopsie.

Naissance....	25 à 30 cent. cubes.
4 semaines...	75 cent. cubes.
8 semaines...	95 cent. cubes.
12 semaines...	100 cent. cubes.
20 semaines...	108 cent. cubes.

Les quantités de lait absorbées sont, d'une manière générale, un peu supérieures aux nombres ci-dessus, sans doute à cause de l'élasticité des tuniques de l'estomac. Un fait important à retenir est le développement rapide de la capacité gastrique pendant les trois premiers mois. La poche stomacale n'augmente ensuite que très lentement de volume ; puis dans les trois derniers mois de l'année, son accroissement est plus sensible. Il s'ensuit de là que, tandis qu'au début, il faut élever rapidement la dose de lait prise à chaque tétée, il est nécessaire ensuite d'augmenter plutôt la qualité nutritive que la quantité.

Voyons enfin, comme conclusion, le fonctionnement des milk laboratories. Ceux-ci, nous l'avons dit, préparent le lait comme le pharmacien prépare les potions. On prend dans des jarres toutes prêtes ce qui convient pour arriver au dosage désiré. Le médecin peut ainsi donner à l'enfant une quantité déterminée des différents principes alimentaires. Il diminuera la caséine s'il croit qu'elle est mal digérée, il augmentera la lactalbumine s'il le juge utile, il modifiera les pourcentages de lactose et de beurre suivant les besoins. Voici, par exemple, le modèle d'une ordonnance à faire exécuter par le milk laboratory :

pour 100

Beurre................................
Lactose...............................
Lactalbumine (albumine du petit lait)...
Caséine...............................
Eau de chaux..........................
Chauffer à.................. degrés.
Nombre de tétées............
Quantité à chaque tétée.......

Chez les jeunes enfants, à la naissance, on donnera une faible proportion de protéides. Je suppose 0,50 % de lactalbumine et 0,25 % de caséine. Puis, progressivement, on accroîtra ces quantités pour arriver, à 3 ou 4 mois, à 0,90 % de lactalbumine, 0,75 % de caséine, à 1 an à un lait riche en protéides.

Dr P. Lacroix.

NOTES D'HYGIÈNE

Conseils en passant à la femme de l'ouvrier.

...En montant chez vous, je viens de dire à votre concierge de ne point balayer les escaliers *à sec*, non point seulement parce que toutes les saletés me dégringolaient sur la tête, mais parce qu'elle dispersait ainsi à chaque étage et dans tous les logements, les germes des maladies anciennes et actuelles de la maison, et propageait volontairement toutes ces maladies. Je lui ai recommandé le lavage avec la serpillière. C'est pour elle moins rapide et moins commode que le balayage, mais elle paraît pourtant avoir compris mes raisons et fera sans doute comme d'autres que j'ai converties.

...Vous, locataires, répétez-lui, si elle ne m'écoute point, qu'elle sera peut-être la cause des maladies de vos enfants et responsable dans une grande mesure.

Par exemple, ne faites point comme elle : n'époussetez point et ne balayez point à sec chez vous. Le torchon, la serpillière, le linge mouillé, voilà vos outils, avec eux toutes les saletés de votre logement seront ramassées, noyées, et non dispersées, déplacées et respirées. C'est peut-être la plus importante des mesures d'hygiène à prendre chez vous.

...Et puis soignez votre cuisine ; que votre seau d'ordures soit vidé et nettoyé chaque jour, votre évier lavé et inondé d'eau de *carbonate* ; mais je vois que vous n'avez pas de conduite d'évier et seulement le *plomb*, sur le palier ; versez alors dans le plomb, et non à côté. Ne le laissez ni ouvert ni engorgé, et que tous les locataires fassent comme vous ; cela vous évitera les mauvaises odeurs et même des maladies... — Ouvrez toujours les fenêtres chez vous, aussi souvent que possible, quoique nous soyons en hiver. Ayez des rideaux blancs et clairs à vos fenêtres. Laissez passer la lumière et le soleil ; n'ayez cure que le soleil ternisse les étoffes de vos chambres. Le soleil est la gaieté et la vie ; il dévore les germes des maladies. C'est un bienfaiteur aussi puissant que l'air ; laissez-les entrer tous deux, laissez-les entrer..,et vos enfants ne seront point pâles, ils n'auront point la gourme et se porteront beaucoup mieux.

Que personne ne crache par terre chez vous, crachez dans le fourneau qui brûle, dans les vases d'eau de vaisselle ou les vases de nuit qui seront versés aux cabinets ou aux plombs, puis bien nettoyés.

Si les cabinets ne sont point propres, aérés, lavés, avec soupape mobile et fonctionnant régulièrement, plaignez-vous à la concierge qui le dira au propriétaire. Si besoin est, plaignez-vous à la commission communale de salubrité.

N'accumulez pas le linge sale chez vous ; faites-le bouillir de suite.

...Voilà votre petit Georges qui n'a pas encore deux ans et qui barbotte dans un verre d'eau rougie. Le vin, quoique la circulaire préfectorale affichée en été au sujet de l'hygiène des enfants en bas âge n'en parle pas, ne vaut rien aux enfants. N'imitez pas ceux qui laissent les enfants goûter au verre d'absinthe paternel. Votre mari, il est vrai, est averti ; il ne se laissera pas entraîner de nouveau à la passion qui a failli lui coûter la vie il y a quelques mois. Soyez ferme pour le bien de tous... — Tout à l'heure je voyais votre père se gratter quelque part ; il disait que cela le démangeait, c'est un effet du petit verre qu'il a bu. C'est incroyable comme les petits verres d'alcool ou de liqueur, portent à l'anus chez certaines personnes... signe d'intoxication. Se méfier de complications.

...Votre Pierre va mieux, grâce au vaccin Roux. Vous savez qu'il a attrapé la diphtérie en jouant dans les tas de poussière de la rue. Les enfants tripotent toutes les saletés, portent les doigts à la bouche, puis caressent leurs frères, leurs sœurs, avec les mains sales, se fourrent les doigts dans le nez, dans les yeux, etc., attrapent et font attraper aux autres la diphtérie, la gourme, les angines, les érysipèles, les ophtalmies et vingt autres maladies contagieuses. Tenez donc les doigts de vos enfants bien propres, leur ongles propres, les pieds propres et débarbouillez-les le plus souvent possible.

C'est aussi pour éviter les maladies, qu'il ne faut pas laisser votre petit dernier porter toutes sortes d'objets à sa bouche comme les enfants ont l'habitude de le faire, qu'il ne faut pas leur laisser sucer les coins de table, les bouts de chaises, les bâtons qui ont été touchés par des malades. Et quand ces malades sont tuberculeux comme cela arrive si souvent, jugez un peu de ce que l'enfant peut sucer ! Les petits sucent tout, happent tout, mordent tout, tripotent tout, je le répète, et il faut songer à leur éviter ces contacts intimes avec des objets contaminés.

Quoi qu'il en soit, prenez toujours la précaution d'isoler votre convalescent, et ne refusez pas la désinfection quand on viendra tout à l'heure pour la faire. Vous vous exposeriez à voir la maladie se propager à vos autres enfants, aux voisins, dans toute la maison, et ce serait presque un crime que vous commettriez-là.

Les médecins espèrent bien que d'ici peu la loi rendra la désinfection obligatoire... et la vaccination aussi.

Vous brûlerez ces jouets qui ont servi à votre petit malade ; vous ne laisserez toucher par vos autres enfants aucun objet ayant été palpé par lui. C'est par les jouets, le papier, les images, les livres, les vêtements que se propagent bien des maladies, notamment la diphtérie, la coqueluche, la scarlatine... S'ils en valaient la peine on les ferait désinfecter, mais mieux vaut les brûler ; le feu purifie tout, comme je vous le disais en passant au feu le manche de la cuillère qui a servi à regarder dans la gorge de notre malade.

Vous m'avez si souvent entendu prescrire avec conviction des mesures de désinfection que vous en comprenez très bien l'importance et que je sais que vous avez crié il y a quelque temps contre votre voisin qui ne voulait pas subir la désinfection après le décès d'un tuberculeux. Tout le monde n'écoute pas les médecins aussi bien que vous, et je vous fais des compliments... Votre logement au troisième est sain, vous pouvez y rester. Cela vaut mieux que les rez-de-chaussée.

Je vous ai conseillé de ne pas accepter la place de concierge parce que, comme concierge, vous seriez plus à l'étroit qu'en logement d'abord. Et puis généralement les loges de concierge sont obscures, sans air, et plus ou moins humides. Vous n'avez pas idée combien les chambres humides, les rez-de-chaussée, les loges de concierge surtout, occasionnent de rhumatismes. Les concierges sont atteints bien plus souvent que d'autres de rhumatismes. Ce n'est pas un fait curieux, mais un fait inévitable, presque constant.

Ah ! j'oubliais, faites-vous revacciner et faites revacciner vos aînés parce que quelque cas de variole ont éclaté dans votre quartier. D'ailleurs, il était inutile d'attendre cette occasion, car il faut se faire revacciner tous les dix ans.

Vous faites toujours usage d'eau filtrée comme je vous l'ai recommandé et vous ne lavez pas vos légumes avec de l'eau de rivière non filtrée, ou de l'eau de puits de votre cour qui a été reconnue mauvaise par l'analyse.

Mais assez de recommandations. Vous êtes une femme intelligente qui élevez tous vos enfants au sein, qui ne les faites pas manger trop tôt, qui comprenez vos devoirs de mère, qui êtes économe, ordonnée, propre, travailleuse, qui

rendez votre intérieur gai et avenant et votre mari heureux.

Bonne santé, bon courage et au revoir !

Dr Courgey.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires pour soins chirurgicaux aux mutualistes.

Tribunal de paix de Palaiseau (S.-et-O)

23 *octobre* 1902.

Au nom du peuple français. Audience civile du vendredi trois octobre mil neuf cent deux,tenue publiquement par nous Victor Marc Antoine Tamburini, licencié en droit,juge de paix du canton de Palaiseau, assisté de Me Georges Désiré Véret, greffier de cette justice de paix, à Palaiseau, hôtel de la mairie, salle ordinaire de nos séances.

Entre M. le docteur Versepuy, demeurant à Chevreuse, demandeur, non présent mais ayant comparu sur la citation d'instance, d'une part ;

Et M. Jean Bretz, messager, demeurant à Courcelles, commune de Gif, défendeur, comparant en personne, d'autre part ;

M. le Dr Versepuy a fait citer, par exploit de Me Sauvageot, huissier à Palaiseau, en date du 4 août 1902,enregistré, M. Jean Bretz à comparaître pardevant Nous à notre audience du 8 août dernier pour s'entendre condamner à lui payer la somme de 130 fr. qu'il lui doit pour honoraires, opérations, soins, visites, délivrance de certificats,etc., à la suite d'un accident, dont ledit M. Bretz a été victime en décembre 1899 (fracture du crâne, fracture de côtes, plaies, etc), s'entendre en outre condamner aux intérêts de droit et aux dépens ; sous toutes réserves.

L'affaire revenant à ce jour, en ordre utile, Nous, Juge de paix, vidant notre délibéré :

Attendu que le Dr Versepuy réclame à Bretz une somme de 130 fr. représentant le montant de ses honoraires pour une série de visites et de pansements effectués au domicile dudit Bretz pendant les mois de décembre 1899 et janvier 1900:

Attendu que Bretz prétend que le Dr Versepuy n'a pas à lui réclamer le paiement de cette somme puisqu'aux termes des statuts de la Société de Secours Mutuels de Gif, dont il est sociétaire et dont le Dr Versepuy est le médecin ou l'un des médecins attitrés, les membres participants de la dite Société sont soignés gratuitement par le médecin de leur choix dont les honoraires sont payés à forfait par la Société ;

Attendu que la cause en cet état présente à juger les questions suivantes :

1° Les honoraires réclamés par le Dr Versepuy se rapportent-ils à des soins dont le paiement est réglé à forfait par la Société de Secours Mutuels de Gif ?

2° Dans la négative ,Bretz serait-il tenu personnellement du paiement de ces frais vis-à-vis du Dr Versepuy ;

Sur le 1er point :

Attendu que la Société de Secours Mutuels, accorde gratuitement les soins du médecin à ses participants malades et indemnise les médecins au moyen d'un abonnement forfaitaire fixé à 7 francs par an et par sociétaire traité.

Mais, attendu que la Société range dans une catégorie spéciale : 1° les soins occasionnés par des fractures, et autres maladies accidentelles ; 2° les consultations ; qu'à l'égard de ces deux catégories d'interventions médicales, il semble bien que la Société cherche à éluder toute responsabilite comme l'indique les termes mêmes de l'article 29, paragraphe 4, des statuts, qui porte : « Il ne sera pas alloué au médecin de sommes pour fractures et autres maladies accidentelles ou consultations ; qu'à la vérité le défendeur et le conseil d'administration de la Société de secours mutuels de Gif, dont l'avis nous a été communiqué au cours des débats par son président, entendent expliquer l'article 29 précité dans le sens que les soins donnés pour fractures, consultations et maladies accidentelles (*sic*) ne doivent pas donner lieu à des honoraires supplémentaires et restent compris dans le prix d'abonnement forfaitaire, dont il a été parlé précédemment ;

Mais attendu qu'il importe de faire observer qu'interprété dans ce sens l'article 29 n'aurait aucune raison d'être ; qu'il constituerait une superfétation et qu'il ferait double emploi, puisqu'il est et demeure bien entendu qu'en principe tous les soins sont donnés par le médecin moyennant un abonnement forfaitaire de 7 fr. par an ; qu'en conséquence si l'article 29 fait une mention spéciale des fractures, consultations et maladies accidentelles, ce n'est évidemment pas pour les faire rentrer dans le régime commun de la Société et les comprendre dans l'abonnement forfaitaire de 7 fr. par an, mais bien, au contraire,pour les soumettre à un tarif spécial ou les soustraire, ce qui est le cas présent, au régime commun de la Société ; que dans ces conditions l'article 29 revient à dire que la Société ne prend pas à sa charge les frais de médecin nécessités par le traitement des maladies accidentelles, ces maladies étant supposées avoir donné lieu à des indemnités amiables ou judiciaires qui comprennent nécessairement et en premier ligne les frais d'intervention chirurgicale et autres ;

Sur le 2e point :

Attendu que si la Société n'alloue pas d'honoraires à ses médecins en cas de maladies accidentelles, il n'en résulte pas nécessairement que ces médecins soient privés de tout recours vis-à-vis des auteurs des accidents ou des victimes dûment indemnisées par eux ; que l'article 29 ne paraît pas rédigé dans ce sens ; qu'une pareille rédaction serait souverainement injuste et d'ailleurs inexplicable, car on ne voit pas l'intérêt qu'aurait la Société à priver les médecins, qui lui prêtent un concours pour ainsi dire désintéressé, d'un droit qui leur permet de compenser par des honoraires normaux les soins presque gratuits qu'ils prodiguent aux sociétaires atteints de maladies non accidentelles ; qu'à la vérité si Bretz n'avait réclamé d'autre indemnité temporaire qui lui est accordée par les statuts de la Société on comprendrait qu'il prétendît imposer au Dr Versepuy l'obligation de s'en tenir à l'abonnement forfaitaire qui est en principe le seul droit des médecins comme l'indemnité temporaire est celui des sociétaires malades ; mais attendu que Bretz a demandé et obtenu par jugement du tribunal civil de la Seine en date du 16 juillet 1901 une somme de 4.000 fr. à titres de dommages intérêts ; que les considérants dudit jugement portent notamment que Bretz a subi des frais de traitement dont les juges de la Seine ont tenu compte dans l'indemnité allouée ; qu'en conséquence en invoquant d'autres droits que ceux qui sont limitativement attribués par les statuts de la Société de secours mutuels de Gif, Bretz a reconnu implicitement au Dr Versepuy la faculté de se prévaloir à son égard de droits autres que ceux que lesdits statuts accordent aux médecins de la Société ; que Bretz s'étant réclamé du droit commun pour obtenir une indemnité de 4.000 fr., c'est à juste titre que le Dr Versepuy invoque le droit commun pour obtenir le paiement d'honoraires qui sont évidemment compris dans l'évaluation de ladite indemnité ;

Mais attendu qu'il convient de défalquer de la demande du docteur Versepuy la somme de sept francs qui est allouée annuellement à chaque médecin pour le traitement des sociétaires malades ; et attendu que les honoraires qui font l'objet de la présente instance se rapportent à un traitement à cheval sur deux années consécutives ;

Par ces motifs :
Statuant contradictoirement et en premier ressort ;
Ouï les parties ou leurs mandataires en leurs dires, explications et conclusions ; vu nos jugements de simple remise en date du huit août, cinq septembre, douze et vingt-six septembre derniers, Condamnons Bretz à payer au docteur Versepuy la somme de cent-seize francs qu'il lui doit à titres d'honoraires. le condamnons de plus aux intérêts de droit et aux dépens, que nous liquidons à quatorze francs soixante-dix centimes en ce non compris les frais du présent jugement et ceux de son exécution

(*Extrait des Archives du Sou médical.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Le lundi 1er décembre dernier, au Palais d'Orsay, les amis de M. le Dr Cruet, président de la Société de Stomatologie, se sont réunis pour fêter sa nomination de chevalier de la Légion d'Honneur.

De nombreux et intéressants discours ont été prononcés, célébrant à juste titre les mérites du nouveau chevalier ainsi que les progrès accomplis dans l'étude de la stomatologie et de l'art dentaire.

L'un des premiers, en 1878, M. le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux, avait compris que l'art dentaire était du domaine exclusivement médical et que ce n'était nullement déroger que de s'y adonner de tout cœur. Le profond sillon qu'il a courageusement tracé dans cette voie de spécialisation médicale prouve qu'il avait sagement jugé.

En lui adressant ici nos vives félicitations, saluons le jour prochain où le simple titre de chirurgien-dentiste aura été rejoindre, avec les vieilles lunes, celui d'officier de santé, au grand bénéfice des malades et du désencombrement médical. Dr A. M.

L'Académie de médecine dans son nouveau local. — L'inauguration de la nouvelle Académie de médecine a eu lieu en grande solennité, la semaine dernière, en présence du Président de la République. M. le Dr Jaccoud, secrétaire perpétuel, a reçu à cette occasion le grand cordon de la Légion d'honneur.

L'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux. — Le compte rendu n'a pas encore été publié, mais il est intéressant de signaler dès aujourd'hui ce qui s'est fait au sujet de la question des accidents du travail.

L'ordre du jour suivant a été adopté :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats « médicaux de France approuve complètement la « campagne entreprise par son conseil au sujet des « accidents du travail et l'engage à continuer sa pro- « pagande auprès des Confrères et auprès des ou- « vriers pour maintenir énergiquement le libre choix « des médecins par le blessé. »

« De plus, convaincue que le Dr Diverneresse, dans « les Conférences qu'il a faites et publiées, a eu uni- « quement pour but l'intérêt de tous les médecins et « non celui de blesser certains confrères, le compli- « mente et le remercie. »

Les Syndicats de la Creuse et de Saint-Quentin, qui n'avaient pu se faire représenter, ont donné leur adhésion à la campagne du Dr Diverneresse. En outre, le Syndicat des Médecins du Rhône, bien que ne faisant pas partie de l'Union, a tenu à l'encourager dans l'œuvre de défense professionnelle qu'elle a entreprise ; il a décidé de ne pas accéder à la demande qui lui avait été adressée de publier dans son bulletin l'ordre du jour voté par un groupe de médecins réunis à la Mairie du VIe. Il a déclaré « se solidariser au nom des 316 syndiqués du Rhône avec la Chambre syndicale parisienne. »

De nombreuses approbations individuelles et collectives ont été en outre adressées à M. Diverneresse, qui vient d'être nommé syndic du *Sou médical*, œuvre filiale de Défense du *Concours médical*, à l'Assemblée générale du 16 novembre de cette association.

La Ligue scolaire des médecins et des familles. — Le ministre de l'instruction publique a reçu les membres du bureau de la « Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les établissements scolaires », MM. les Drs Doléris, Le Gendre, Mathieu et Siredey, qui ont remercié M. Chaumié pour sa circulaire récente prescrivant des mesures qui permettront de dépister les débuts de la tuberculose chez les collégiens. Après avoir exposé le but de la Ligue qu'ils ont fondée et les points principaux de son programme, ils ont reçu du ministre les meilleures paroles d'encouragement.

La Ligue tiendra son assemblée générale le 7 décembre à l'Ecole de médecine.

La chaire d'anatomie. — Après des faux départs, dans lesquels on se préoccupait de tout, excepté des titres réels, le Conseil de la Faculté a proposé M. le Dr Paul Poirier pour la chaire d'anatomie, et le Ministre a ratifié. On eût aussi bien fait de commencer par là puisque c'était justice.

La réforme pratique de l'enseignement médical. — Dans la *Tribune médicale* du 26 novembre, M. le Pr. Laborde nous apprend que, bien loin de prêter l'oreille à nos revendications, qui sont celles de tous les médecins, on songe sérieusement, dans les hautes sphères administratives, à réduire les travaux pratiques !!! Et M. Laborde s'indigne, réclamant des démentis.

Nous souhaitons ces démentis comme lui-même, mais nous n'hésitons pas à affirmer que, si les mesures en question venaient à être décrétées, elles ne feraient qu'encourager le *Concours médical* dans sa campagne, lui enlevant seulement tout prétexte de prendre beaucoup de ménagements. Avant tout, nous faisons passer la vérité, la justice et l'intérêt général.

Le Sénat et l'état sanitaire de l'armée. — Entre M. le Sénateur Gotteron et le Ministre de la guerre a eu lieu, au Sénat, le mardi 25 novembre, un dialogue assez suggestif sur l'état sanitaire de l'armée. Devant la gravité des assertions apportées de part et d'autre, M. le Sénateur Treille a obtenu que la question soit l'objet d'un débat approfondi à bref délai. Nous en reparlerons donc alors.

La commission de l'hygiène publique à la Chambre des Députés. — L'élection de cette commission a eu lieu le jeudi 28 novembre et a donné les résultats suivants :

1er bureau : Rouby, Villejean, Bichon.
2e : Hugon, Fiquet, Gauvin.
3e : Levraut, Delbet, Bachimont.
4e : Gacon, Constans (Allier), Cère.
5e : Clament, Petit, Vigne (Var).
6e : Borne, Vacherie, Loup.
7e : Féron, Meslier, Labussière.
8e : Dubois, Porteyron, Delmas.
9e : Emile Chautemps, Ermant, Buisson.
10e : Chamerlat, Bourgeois (Vendée), Vival.
11e : Baudon, Debieve, David (Loir-et-Cher).

Inutile de dire que la plupart des élus appartiennent au corps médical.

Faculté et Hôpitaux

Laboratoire d'anatomie pathologique. Des conférences d'exercices pratiques de diagnostic des pièces anatomo-pathologiques ont lieu sous la direction de M. le Dr Marie, préparateur.

La durée du cours est de un mois ; il a commencé le 1er décembre. Les séances auront lieu tous les jours à partir de deux heures de l'après-midi.

L'objet en sera l'étude des pièces anatomo-pathologiques envoyées journellement au laboratoire ou qui seront apportées par les élèves.

Les examens seront confiés aux élèves qui feront sous la direction de M. le préparateur toutes les manipulations nécessaires à un examen microscopique complet.

Le nombre des élèves ne dépassera pas 12. Le prix du cours est de 60 francs.

A partir du 1er décembre 1902, M. le Dr Marion reprendra les *examens cliniques des malades* à la consultation de chirurgie, tous les matins à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.

— *Chirurgie infantile*. M. le Professeur Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile le samedi 6 décembre, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants.

— *Hôtel-Dieu*. — Le Dr Lucas-Championnière a repris ses leçons de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, jeudi 4 décembre 1902 et les continuera les jeudis suivants à dix heures.

Opérations avant la leçon. — Le mardi : opérations abdominales. — Le mercredi : visite dans les salles (hommes, hernies), salle Saint-Cosme ; le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

Hôpital Saint-Louis.— M. du Castel reprendra ses conférences le samedi 6 décembre 1902 et les continuera les samedis suivants. A 1 h. 1/2, consultation externe. A 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences ; présentation de malades.

Hopital Laennec. — M. Pierre Merklen commencera le dimanche 7 décembre, à 10 heures, à l'hopital Laënnec une série de leçons cliniques sur les maladies du cœur et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Thèses de doctorat.—Mercredi 10 décembre 1902, à 1 heure, M. Bonnefous : Contribution à l'étude du cancer primitif du vagin ; MM. Tillaux, Pozzi, Mauclaire, Gosset. M. Postel : De la gastrostomie, procédés opératoires ; MM. Tillaux, Pozzi, Mauclaire, Gosset. M. Souilhe : Alcoolisme. Son influence sur la famille et sur la dépopulation ; MM. Landouzy, Brissaud, Bezançon, Legry. M. Cruet : Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques ; MM. Brissaud, Landouzy, Bezançon, Legry.

Jeudi 11 décembre 1902, à 1 heure. —M. Chanteaud: Considérations sur les agents et les médications thérapeutiques ; MM. Debove, Dieulafoy, Widal, Jeanselme. M. Santini : La méthode évacuante dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme vrai infectieux, infecté, association gastro-intestinale) ; MM. Dieulafoy, Hutinel, Widal, Jeanselme. M. le Sourd : Recherches expérimentales et chimiques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques; MM. Hutinel, Dieulafoy, Widal, Jeanselme. M. David : Contribution à l'étude du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale ; MM. Berger, Budin, Bonnain, Marion. MM. Madelaine : Les vomissements incoercibles de la grossesse ; MM. Budin, Berger. Bonnain, Marion.

Concours. Externat. — Séance du 22 novembre. Face inférieure du foie : Mlle Dervoyne, 9; MM. Benon, 18 ; Cheurlot, 18 ; Armanet 6 ; Anciburne 17; Chené 15 ; Casteran 16 1/2 ; Alexandresco 15 ; Clermont 9 ; Coudert 16 ; Corpechot 18 1/2 ; Baudain (A) 14 ; Desvernine 14 ; Dauge 13 ; Rories 16 ; Bougarel 16 ; Darnaupays 11 ; Dournel 12 1/2 ; Delpech.

Séance du 25 novembre — Ligaments de l'articulation du genou : Mlle Bouteil 15 ; MM. Bricourt 8; Bilhaut 17 ; Dumenil 16 ; Deroide 16 ; Caron 11 ; Brin 19 1/2 ; Brouilly 17 ; Delacour 13 ; Chauvois 13 ; Delaigue 8 ; Breteau 16 ; Bion 14 ; Chevalier 14 1/2 ; Boulakea 8 ; Blanc 16 ; Bejan 8 ; Alexandre (Paul) 8 ; Bruel 12 ; Bleuvrard 11.

Séance du 27 novembre. — Artère axillaire : MM. Delozière 14 1/2 ; Mlle Debat-Ponsan 19 ; MM. Bichon 6 ; Burgaud 13 ; Mlle Auchere 5 ; MM. Alexandre (Aleide) 9 ; Godard (Paul) 14 ; Gillet 14 ; Mlle Hessen 16 ; MM. Gudot 9 ; Goyenèche 3 ; Graillon 5 : Foy (Robert) 15 : Izou 8 ; Gautier (Jean) 15 ; Fauconnier 15 ; Gautier (Emile) 11 ; Ebrenpreiss 16 1/2 ; Fournier 15 ; Gauthereau 12. Absent : M. Garleron.

Séance du 29 novembre. — Nerf radial : M. Tromblin 3 ; Mlle Guillemoto 4 ; MM. Faix 16 ; Dupuy (Jean) 6 ; Guggenheim 15 ; Huguet 5 ; Dyvrande 11 ; Fortier 3 ; Briquet 18 ; Durand (Gaston) ; Pottier 2 1/2 ; Houzel 19 ; Florenville 12 ; Cardot, Galibert 3 ; Joubert 15 ; Genot 14 ; Jacquet 12 ; Godron 9 ; Fabre 13. Absents : MM. Wunschendorff, Ronnaux, Gailleu.

Séance du 1er décembre. — Signes physiques des épanchements liquides de la plèvre. MM. Eliot 14 ; Ekmedjian 13 ; Joubert 14 1/2 ; Frault 12 ; Gillet 15 ; Garnier de Falletans 16 1/2 ; Jacquet 14 ; Foy (Robert) 12 ; Fournier 13 ; Mlle Guillemoto 16 ; Guillon 17 ; Israel 14 1/2 ; Goyeneche 4 ; Etcheverry 13 ; Grevot 12 ; Gauthier (Emile) 10 ; Fauconnier 13 ; Ehrenpreiss 18 ; Gallemard 16 ; Hennon 13 ; Godard (Paul) 14. Absents : MM. Chavanon, Girard, Fispi, Graillon.

Internat. — Sont désignés pour faire partie du jury de l'internat : MM. Thiroloix, Aviragnet, Sevestre, Debove, Chapiel, Albarran, Bouilly, Guillemain, Boissard, Demelin. La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu le lundi 15 décembre à midi dans la salle Saint-Jean à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli). — Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours. Les candidats, devant à leur entrée dans la salle recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 11 heures 1/2.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 4857. — M. le Docteur Barthez, de Pexiora (Aude), présenté par M. le Docteur J. Durand, de Castelnaudary.

No 4858. — M. le Docteur Meunier, de Sully (Loiret), membre du Syndicat médical du Loiret.

No 4859. — M. le Docteur Forestier fils, de Seignelay (Yonne) présenté par M. le Docteur Barge, d'Ussel (Corrèze) et membre du Sou et de l'Amicale.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 50 13 DÉCEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE :

Ve ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU « SOU MÉDICAL »

16 NOVEMBRE 1902

Présidence de M. le Dr MAURAT, *Président.*

La séance, retardée par l'importance des réunions précédentes de la Société Civile du Concours Médical et de l'Amicale, où le nombre et l'intérêt des sujets traités, en présence d'un public nombreux, était des plus considérables, est ouverte à 5 heures, dans la salle moyen-âge du restaurant Marguery.

Prennent place au bureau :

Dr Maurat, de Chantilly, président.

Drs Le Gendre et Lepage, vice-présidents.

Dr Gassot, trésorier.

Dr Jeanne, secrétaire-général.

Dr Rousseau, syndic ; Dr de Grissac, secrétaire-adjoint.

Le président, en remerciant tout d'abord le nombreux auditoire, prononce le discours suivant :

Mes chers confrères,

Bien que la plupart d'entre vous soient tenus au courant de nos travaux et des progrès de notre Société par nos comptes-rendus trimestriels publiés dans le *Concours Médical*, il est bon que, chaque année, dans une assemblée générale, nous jetions ensemble un regard sur le chemin parcouru et sur les résultats acquis, afin de mieux voir les points sur lesquels doivent porter nos efforts ; car, si nous sommes à la vérité une société de défense, nous ne devons pas oublier qu'une des bonnes tactiques de la défense est l'attaque franche dans bien des cas.

Notre cher ami, le Dr Jeanne, débordé par les multiples occupations qui l'accablent, a, vous le savez, été obligé de nous demander de le décharger de ses fonctions de secrétaire-général du « Sou », et le Conseil, sous la réserve de votre approbation, qui vous sera demandée au cours de cette séance, lors de la nomination quinquennale du bureau, a chargé M. le Dr de Grissac de ces fonctions si délicates et si absorbantes.

Sans vouloir rien enlever au mérite de notre ami Jeanne (qui, du reste, dans la coulisse, nous continue ses bons offices, de telle sorte qu'au lieu de perdre un bon secrétaire, nous en avons maintenant deux excellents), je suis heureux de vous annoncer que M. le Dr de Grissac a apporté dans ses nouvelles fonctions un tel esprit de suite, d'ordre et de travail que nous avons tous été émerveillés de ses aptitudes spéciales et qu'il n'est que juste de lui adresser, ici, en votre nom, nos remercîments les plus vifs.

Il ne pourra vous présenter à cette séance qu'un rapport forcément écourté, car les redites n'auraient qu'un intérêt fort médiocre dans une assemblée comme la nôtre et nous serions obligés d'y consacrer un temps considérable. Il se contentera donc de vous exposer les grandes lignes de nos travaux de l'année, mais son rapport *in-extenso* sera publié dans le compte-rendu de la séance et vous pourrez, à loisir, l'étudier dans le silence du cabinet ou pendant vos longues courses dans la campagne. Vous y verrez combien les interventions de votre Conseil ont été nombreuses et variées et vous comprendrez mieux alors la somme énorme de travail qui incombe à notre secrétaire-général. (*Approbation.*)

Je veux vous dire aussi, car il serait injuste de

ma part de l'oublier, combien nous avons de remercîments à adresser à notre dévoué « conseil judiciaire », Me Gatineau, toujours disposé à nous être utile, nous prodiguant ses conseils et ses consultations sur toutes les questions embarrassantes — et il y en a beaucoup — allant au-devant même des travaux dont nous pourrions craindre de l'accabler, tout cela simplement, tranquillement, et avec un esprit tellement lucide qu'après l'avoir lu ou entendu, nous serions tentés de nous croire de savants jurisconsultes, si, arrêtés de nouveau, par le premier obstacle, nous n'étions obligés d'avoir encore recours à l'homme de loi certainement le plus documenté de France, à l'heure actuelle, sur les questions médicales.

Permettez-moi deux mots encore avant de passer la parole à notre Trésorier. Il vous dira tout à l'heure dans son rapport que, défalcation faite de quelques démissions, nous sommes actuellement plus de 700 médecins adhérents au « Sou », apportant annuellement, comme arme de guerre, environ 12.000 fr. dans notre caisse.

Qu'est-ce qu'un pareil nombre et un pareil budget en présence des affaires si nombreuses qu'entraîne la défense de nos sociétaires, et dont le nombre va chaque jour grandissant avec la notoriété de notre société de défense? — Il nous faut le nombre et l'argent pour pouvoir lutter victorieusement contre les riches collectivités qui cherchent à nous accabler et c'est entre vos mains que se trouve actuellement l'avenir du « Sou ».

C'est à vous qu'il appartient de battre le rappel autour de vous pour une œuvre qui a maintenant fait ses preuves et donné la mesure de ce qu'elle peut produire ; à vous qu'il appartient de dire à vos amis, à vos voisins, à tous les confrères en un mot avec lesquels vous êtes en rapport, ce qu'est le « Sou », ce qu'il a fait et ce qu'il pourra faire quand toutes les forces médicales groupées en un même faisceau viendront concourir à notre ligue de défense.

En avant donc pour la propagande et la conquête du nombre ! Le journal le *Concours Médical* nous a donné l'exemple cette année, en chargeant, à grands frais, un mandataire d'aller visiter successivement nos confrères de province pour faire connaître nos œuvres et recruter des adhérents. Il y trouvera, nous l'espérons, lui aussi, son compte, ayant besoin comme nous du nerf de la guerre pour poursuivre ses campagnes d'études, car, en parlant de nos œuvres, son envoyé parlera aussi des produits qui bénéficient de sa publicité.

Je vous ai suffisamment entretenu plus haut des nombreux travaux qui incombent à votre Conseil mais je dois reconnaître qu'il a aussi ses satisfactions et ses récompenses sous forme de remercîments et de marques d'intérêt. Si le nombre de nos adhérents nouveaux n'est pas aussi grand peut-être que nous pourrions le souhaiter en raison des services que nous pourrions leur rendre, du moins les qualités viennent-elles, dans certains cas, faire compensation et nous avons, entre autres nouvelles recrues, inscrit récemment sur nos listes le nom d'un confrère aussi distingué que modeste, chirurgien des hôpitaux, publiciste très apprécié, dont la lettre d'adhésion nous a véritablement réconfortés : « *Il y a des associations,* nous dit-il, *auxquelles je ne me suis pas joint* « *parce qu'elles m'ont paru plutôt destinées aux querelles* « *et à la formation de nouvelles églises ; mais j'ai cru,* « *d'après ce que j'en sais, que l'Association du Sou est* « *absolument défensive et je ne demande pas mieux que* « *de me joindre à vous.* »

De semblables lettres sont une bien douce satisfaction pour nous tous et nous encouragent en nous faisant sentir plus légère la charge que vous nous avez confiée. Ils seront bientôt légion, j'en suis sûr, ceux qui, jugeant notre œuvre à ses fruits, s'empresseront de se joindre à nous, et le jour n'est pas éloigné où le titre de membre du « Sou », synonyme de défenseur de la profession médicale, sera un titre d'honneur. (*Applaudissements prolongés.*)

Le Dr Maurat, *président*. — M. le Dr Gassot, notre trésorier impeccable, a la parole pour vous exposer l'état des finances de notre société. Notre pécule est forcément réduit car nous avons mission de dépenser le plus possible pour le bien de tous.

Rapport du trésorier.

M. Gassot, *trésorier*, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de l'année 1901.

Au 31 décembre, défalcation faite des membres décédés, démissionnaires ou rayés, le Sou médical comptait 530 membres ayant versé leur cotisation.

Les *recettes* de l'exercice s'élevaient à 10.346 fr. 95 savoir :

Cotisations	9.371
Intérêts	57.70
Remboursements d'avances	789.95
Remboursements de prêts	100 »»
Dons	20 »»
Recouvrements	8.30
Total	10.346.95

Les *dépenses* s'élevaient à la somme de 12.236 fr. 60 savoir :

Matériel	2.25	
Impressions	129.85	
Poste et transports divers	92.85	
Timbres quittances	27.30	
Recouvrements et rappels	125.70	
Frais de bureau et indemnités	1.500 »»	
Divers	94.15	1.972.10
Indemnités aux sociétaires		10.264.50
Total		12.236.60

Les dépenses dépassaient les recettes, mais vous savez que nous avions fait des réserves sur la disponibilité en fin d'année 1900, des affaires engagées n'étant pas encore liquidées et ne pouvant l'être qu'au cours de l'exercice 1901.

Je ne m'arrête pas sur les divers chapitres, vous ayant, l'an dernier, fourni les justifications détaillées.

Balance des comptes.

L'avoir de la Société au 31 décembre 1900 était de		11.005.33
il en faut déduire pour remboursement de prêt		100 »»
puisque ce remboursement figure aux recettes de 1901.		
Il reste donc		10.905.33
Si l'on ajoute le total des recettes de 1901.		10.346.95
On obtient un total de		21.252.28
Si maintenant on retranche les dépenses.		12.236.60
Il reste un avoir de		9.015.68
dont l'emploi a été fait de la manière suivante :		
Espèces à la Société Générale	9.603.55	
Moins dû au trésorier au 31 décembre	887.87	
	8.715.68	
Créance sur un sociétaire	300 »»	
Total égal	9.015.68	

Je répéterai, comme chaque année, qu'une partie de cette somme était engagée dans des affaires en cours et n'était par conséquent pas entièrement disponible.

Votre conseil d'administration vous demande d'approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de 1902.

Il me reste maintenant à vous donner connaissance de notre situation actuelle.

Au 10 novembre 1902, le Sou Médical compte 707 membres. Vous voyez que, malgré les pertes an-

nuelles inévitables, notre association continue à progresser.

A la même date les recettes s'élevaient à 12.153 fr. 05 savoir :

Cotisations	11.046.50
Intérêts	184.90
Remboursements d'avances	763.55
Remboursements de prêt	150 »»
Recouvrements	8.10
Total	12.153.05

Les dépenses s'élevaient à 9.451 fr. 81, savoir :

Matériel	23.75	
Impressions	369.26	
Poste et transports divers	180.25	
Timbres quittances	40.30	
Recouvrements et rappels	183.15	
Frais de trésorier	1.95	
Frais de bureau du trésorier	150 »»	
Divers	25 »»	973.66
Indemnités au Secrétaire général et au Président		1.650 »»
Indemnités aux sociétaires		6.828.15
		9.451.81

Sous la « rubrique divers » figurent l'abonnement au *Journal officiel*, des copies d'actes, etc...

J'ai cru devoir mettre dans un chapitre à part les indemnités au Président et au Secrétaire Général qui ne sont pas des dépenses d'administration, mais qui correspondent à des services rendus aux sociétaires : déplacements, consultations, avis, démarches, études, etc.

Balance des comptes.

L'avoir de la Société au 31 décembre 1901 était de	9.015.68
il en faut déduire pour remboursement de prêt puisque ce remboursement figure aux recettes de 1902	150 »»
Il reste donc	8.865.68
Si l'on ajoute le total des recettes de 1902.	12.153.05
On obtient un total de	21.018.73
Si maintenant on retranche les dépenses.	9.451.81
Il reste un avoir de	11.566.92

dont l'emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 15 obligations Lyon 2,5 °/₀	6.207.75
Prêt à un sociétaire	500 »»
Espèces à la société générale	4.078.75
Espèces en caisse	630.42
Créance sur un sociétaire	150 »»
Total égal	11.566.92

Je ne crois pas devoir faire état de la légère plus-value sur nos titres.

Quoiqu'il en soit, nous sommes toujours en bonne posture pour faire face à nos dépenses de fin d'année et pour parer aux éventualités, malgré le nombre toujours croissant des affaires que vous nous soumettez.

Ce nombre d'ailleurs n'effraye pas votre conseil d'administration qui vous demande de continuer la propagande fructueuse de l'an dernier : mieux on connaît le « Sou Médical » et plus on l'apprécie : vous rendrez donc service aux adhérents que vous lui amènerez.

Nous n'avons que cinq années d'existence, nous ne sommes par conséquent qu'à nos débuts et l'action du « Sou Médical » ne peut que se développer dans l'avenir.

Notre secrétaire général, en vous disant ce que nous avons fait cette année, vous montrera si nous pouvons bien augurer de cet avenir. (*Applaudissements prolongés*).

Le Président. — Mes chers confrères, je donne la parole à MM. Giberton-Dubreuil et Huguenin, contrôleurs.

Rapport des Contrôleurs.

Messieurs et chers Confrères,

Conformément à la mission dont nous a chargé l'Assemblée générale du « Sou » médical de l'année 1901, nous avons procédé, le 15 octobre dernier, au contrôle des comptes de notre Trésorier pour la fin de l'année 1901 et les 3 premiers trimestres de l'année 1902, jusqu'au 30 septembre inclus.

Nous avons minutieusement collationné et additionné les comptes portés sur les registres de trésorerie et nous en avons vérifié la scrupuleuse exactitude et la tenue irréprochable. Nous avons aussi constaté la preuve matérielle écrite de l'achat et du dépôt de quinze obligations chemin de fer Lyon-fusion, dont il est parlé dans le compte-rendu du trésorier.

En somme, nous ne pouvons, comme chaque année, qu'adresser à notre dévoué et infatigable trésorier l'expression de notre admiration et de nos éloges les plus sincères.

La société, composée d'environ 700 membres, possède un capital d'environ 12,000 francs, produit des cotisations annuelles. Vous pouvez mesurer, à l'étendue et à l'importance des services rendus en comparaison de l'exiguïté de ces ressources, l'énorme somme d'activité, de dévouement et d'expérience que doivent déployer dans ces conditions votre Président, votre Secrétaire Général, votre Trésorier et votre avocat conseil judiciaire.

Nous demandons pour ces valeureux champions de la solidarité médicale un hommage unanime de reconnaissance et d'affection.

Paris, le 15 octobre 1902.

Les contrôleurs :

Dr Giberton. Dr Huguenin.

Le Président. — Messieurs, je mets aux voix l'adoption du compte de M. le trésorier et les conclusions du rapport des contrôleurs.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité. (*Applaudissements*).

Le Président. — Mes chers confrères, l'ordre du jour amène maintenant la lecture du rapport du Secrétaire Général sur les opérations et interventions du « Sou médical » dans le cours de l'année écoulée. Je vous ai dit tout à l'heure comment notre collègue le Dr Jeanne, surchargé de besogne, avait dû céder une grosse part de son travail au Dr de Grissac, c'est donc ce dernier qui a pris aujourd'hui la charge de ce rapport. Mais la tâche était vraiment trop lourde, aussi M. de Grissac va-t-il vous dire, dans un bref résumé les choses les plus intéressantes, en faisant remarquer que, tous les trimestres, le procès-verbal de la réunion, publié au *Concours*, occupe près de la moitié d'un numéro du journal.

Le Dr Jeanne. — Pour l'année prochaine ne pourrait-on publier le rapport de fin d'année avant l'assemblée générale, on réserverait pour la réunion les cas les plus intéressants et ceux donnant matière à discussion pratique. (*Adopté*).

Le Dr *de Grissac* donne lecture de son rapport :

Lorsque, le 15 mai dernier, notre sympathique secrétaire général, le docteur Jeanne, m'a proposé de lui venir en aide en acceptant les fonctions de secrétaire du « Sou médical », je le savais surchargé de besogne ; comme syndic, assistant aussi régulièrement que possible aux réunions trimestrielles, j'avais vu le nombre des affaires augmenter, les questions à traiter varier à l'infini ; notre œuvre était en progrès et répondait à un véritable besoin. Le travail imposé à notre confrère devenait si considérable qu'il fallait bien répondre à son appel. Le secrétariat de l'Amicale, du « Sou médical », la fonction de rédacteur en chef du journal *Le Concours*, tout

cela était, non au-dessus de son courage et de sa bonne volonté, mais au-dessus de ses forces.

Si j'ai accepté, c'est que je savais pouvoir compter sur l'appui de tous les membres du comité prêts à me seconder si je faiblissais à cette tâche. Succéder au Dr Jeanne est une entreprise bien périlleuse, car il est juste de reconnaître que l'action personnelle de notre collègue est pour beaucoup dans le succès du « Sou médical ».

Esprit sage et pondéré, ayant toujours le mot sans passion, le mot de la situation, il arrivait à donner à chaque affaire la solution logique et cela tout naturellement. Aussi tous ici, nous qui l'aimons, voyons-nous avec regret son éloignement du poste de secrétaire général qu'il occupait avec tant d'autorité. Il se résigne aujourd'hui à la fonction de secrétaire des séances. Si vous êtes de mon avis, mes chers collègues, votons-lui par acclamation le titre de *secrétaire perpétuel*, à moins que vous ne trouviez un titre plus en harmonie avec les services qu'il a rendus et qu'il rendra encore à notre œuvre. Le premier Conseil du « Sou », comportait 3 vice-présidents ; MM. les docteurs Le Gendre, Lepage et Maurat ; une place de vice-président est vacante, désignons notre aimable confrère pour ce poste d'*honneur* et de *direction*. (*Applaudissements*).

Le Dr Jeanne. — Je vous remercie mon cher collègue de votre très aimable proposition et vous tous, mes chers confrères, de l'applaudir ainsi ; mais je vous prie de ne pas donner suite à cette idée. Je suis sur la brèche ; peu importe le grade, vous me trouverez toujours au bon poste de combat. (*Applaudissements.*)

Le secrétaire général. — Notre Société entre aujourd'hui dans sa sixième année. Il y a cinq ans à pareille date nous acclamions notre excellent ami, le Dr A. Cézilly, que la maladie retient, hélas ! loin de nous. Le dernier-né du Concours est fort, vigoureux, sa croissance est rapide, qu'il eût été heureux de constater ses progrès !

Chargé comme secrétaire de vous exposer dans un rapport les travaux de l'année écoulée, j'avoue que je suis très préoccupé. Les affaires que j'ai à vous énumérer sont très nombreuses et je suis placé entre un double écueil ; les citer toutes dans une énumération fastidieuse, écourtée, et par suite sans intérêt ; ou bien, donner à chaque affaire le développement qu'elle comporte et vous fatiguer par un trop long rapport. Voici le parti auquel je m'arrête et pour lequel j'espère avoir votre approbation :

J'ai l'intention de vous montrer dans une statistique, en les classant par catégories, les questions qui ont été soumises, traitées et solutionnées par notre comité ; de vous dire les résultats acquis, de vous énumérer enfin les questions encore en suspens. Puis, retenant les affaires ayant trait à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, ainsi que celles qui vous diront les difficultés survenues avec les Sociétés de secours mutuels, vous exposer la série des dossiers sur ces deux ordres d'affaires, en tirer les conclusions utiles et de nature à fixer la jurisprudence sur les points délicats et contestés.

Dans les rapports trimestriels publiés au journal, chaque affaire a été exposée et résumée et vous savez combien ces rapports prennent de jour en jour de l'importance.

J'ai cependant à vous dire par le détail les affaires nouvelles introduites au Sou depuis la dernière réunion de septembre, soit pendant les six dernières semaines. Ceci fait, puisque nous en sommes à la statistique, je désire, retournant en arrière, vous montrer la marche des affaires pendant les cinq années écoulées.

Cette comparaison sera de nature à vous donner une idée précise de la marche ascendante de notre œuvre de solidarité et de défense professionnelles.

Pour arriver à mener à bien les affaires du « Sou » nous avons organisé le travail et divisé la besogne ; voici le mode de fonctionnement que nous nous sommes imposé.

Tous les jeudis, sous la direction de notre dévoué Président, le Comité se réunit. Là les affaires nouvelles sont développées et classées, les décisions prises ; des objections soulevées et discutées; les questions les plus graves sont renvoyées à un examen ultérieur. Le secrétaire, le lendemain, répondra par les conclusions du Comité et portera aux confrères inquiets les nouvelles qui les intéressent.

Le mercredi, conférence chez Me Gatineau qui, avec sa compétence, vient élucider les questions obscures de droit et de procédure.

Chaque semaine voit se renouveler le même cycle d'occupations, chaque semaine aussi apporte sa moisson nouvelle de faits intéressants.

Vous ne sauriez croire combien, tous, nous attendons avec impatience la soirée du jeudi. La variété, l'imprévu des questions soumises au Comité, les sujets traités, en font une réunion du plus grand attrait.

En 1898, nous étions 320 adhérents au « Sou médical ». Le nombre des affaires soumises au Comité fut de 46 ; et 550 fr. environ furent versés aux sociétaires comme indemnités.

Vous vous rappelez encore le vif enthousiasme qui salua la lecture du premier rapport de fin d'année. Tous, nous avions le sentiment qu'une œuvre importante venait d'être créée.

L'année suivante, 1899, le « Sou » progressa lentement. Les médecins sont des imprévoyants, le souci du lendemain les préoccupe peu, tout absorbés qu'ils sont par le souci de l'heure présente : Faire des projets, le pouvons-nous quand nous sommes à la merci du premier malade qui passe à notre porte et y fait vibrer la sonnette obsédante ?

Faut-il voir dans cette incertitude de l'heure prochaine la raison de l'imprévoyance des médecins ? peut-être ; quoi qu'il en soit, elle existe et il ne faut rien moins que les difficultés qui surgissent aux quatre coins de la profession pour les tirer de leur isolement.

Cette année donne comme résultat 440 adhérents et 54 affaires.

2600 francs ont été payés comme indemnités.

En 1900 — nous sommes 500 au « Sou médical. »

92 affaires sont soumises au Comité.

En 1901, 550 adhérents. — 180 dossiers sont établis et près de 6000 francs sont distribués comme indemnités.

Enfin, en 1902, nous groupons environ 700 médecins. Notre trésorier vous a dit tout à l'heure la somme versée à nos confrères à titre d'indemnités. Le nombre des affaires soumises à l'étude du « Sou médical » a été de 252. C'est le chiffre du 5 novembre, date à laquelle je me suis arrêté pour établir ce rapport.

Ces 252 affaires se répartissent ainsi :

I. *Mesures de bienfaisance. Secours. Prêts.* — Huit dossiers, six affaires ont reçu une solution complète, deux sont en suspens.

II. *Contestations d'honoraires. Recouvrements. Droits du médecin.* — Sous la rubrique de droits du médecin, je comprends toutes les questions de droit ou de jurisprudence soulevées par les médecins à l'occasion de leurs droits : frais de dernière maladie, privilège, recherche de la responsabilité de la dette, etc. Soixante-cinq affaires sont inscrites sous cette rubrique, quarante-trois ont été solutionnées à la satisfaction des confrères, seize sont encore en cours, nous avons à enregistrer un seul résultat défavorable.

III. *Contestations d'honoraires à l'occasion de soins donnés à des accidentés du travail. Difficultés avec les Sociétés d'assurances-Accidents, etc.* — 46 affaires : 28 solutions définitives favorables, une défavorable, 17 sont encore en cours.

IV. *Contestations d'honoraires, Sociétés de Secours Mutuels.* — Huit affaires : deux sont terminées favorablement, une a donné un résultat défavorable et cinq sont encore en cours.

V. *Violation de contrats. Cessions de clientèle. Détournement de clients. Abus de pouvoir.* — Dix-neuf

affaires. Treize ont eu une solution favorable ; deux défavorables ; quatre ne sont pas terminées.

VI. *Hospitalisation des non-indigents* ; *Honoraires du médecin d'hôpital.* — Treize affaires : cinq ont eu une solution favorable à la thèse que nous poursuivons, celle de réserver des honoraires pour le médecin qui soigne accidentellement à l'hôpital des malades ou blessés non indigents. Deux affaires sont défavorables. L'une consiste en un jugement sans appel possible ; l'action avait été engagée avant notre avis. L'autre est la destruction en appel d'un jugement favorable en 1re instance.

VII. *Exercice illégal de la médecine.* — Douze affaires sont inscrites sous cette rubrique, sept ne sont pas terminées, cinq cas ont reçu des solutions favorables.

VIII. *Assistance médicale gratuite.* — Six questions soumises ont reçu une solution. Deux affaires sont encore en cours. Nous enregistrons un insuccès.

IX. *Honoraires pour expertises de médecine légale, criminelle ou civile* ; *tarif.* — Cinq questions ont reçu une solution favorable, deux n'ont pas de résultat connu. Sept affaires étaient inscrites sous cette rubrique.

X. *Responsabilité médicale, civile.* — Quatorze affaires inscrites aux dossiers. Trois se sont terminées de façon mauvaise. Trois se sont terminées de façon favorable et à l'avantage des confrères. Sept sont encore en cours.

XI. *Arbitrages et diffamations.* — Quatre affaires dont 3 solutions favorables ; une défavorable. Dans ce dernier cas, le concours du « Sou » avait été sollicité par un confrère non encore adhérent. Nous n'avons pas cru devoir refuser de lui tendre la main dans une circonstance pénible. Notre caisse du reste, n'est nullement engagée.

XII. *Déontologie. Secret médical.* — Onze affaires des plus intéressantes ont été soumises au « Sou médical » ; deux sont encore sans résultat définitif connu, neuf ont donné lieu à des solutions satisfaisantes.

XIII. Enfin, sous la rubrique *Divers*, se rangent trente et une questions, affaires des plus variées et ne trouvant pas leur place dans notre nomenclature. Vingt-deux avec un résultat définitif favorable. Huit encore sans solution connue et une avec une solution défavorable.

En résumé : les affaires soumises au « Sou » dans le cours de 1902, se sont élevées au nombre de 252 ; 154 avec une solution favorable ; 14 avec une solution défavorable.

Les autres, soit 84, sont encore en cours, les intéressés ne nous ont pas donné encore de nouvelles du résultat obtenu.

Passons maintenant à l'exposé des affaires traitées au « Sou médical » du 26 septembre au 5 novembre, c'est-à-dire pendant les six dernières semaines.

Recouvrements et contestations d'honoraires.

D. 37. (*Dr Ch. à F.-O.*) — Ce confrère, précipité par l'artifice de clients récalcitrants, dans le maquis de la procédure, reçoit du « Sou » un secours qui lui permettra de porter devant la cour d'appel un jugement qui le lèse gravement dans ses intérêts. Nous lui avons voté un subside de 500 francs limitant, à notre grand regret, notre intervention à cette somme.

D. 209. (*Dr B. à P.*) — Affaire en recouvrement d'honoraires ayant donné lieu à un échange de correspondance assez volumineux. Sur les conseils et grâce à l'intervention directe du « Sou » auprès du client récalcitrant, un arbitrage a été accepté, notre confrère a été payé presque intégralement et se déclare satisfait.

D. 229. — Nous sommes encore, au Comité du « Sou », sous l'impression plutôt désagréable que nous a causé la solution de cette affaire. — Désagréable, bien que solutionnée favorablement, parce qu'elle nous a montré l'état d'âme particulier d'un type de client, assez répandu hélas, le riche industriel, vis-à-vis de la note à payer présentée par le médecin. Offres dérisoires, marchandages, etc...

« Je sais que le juge me condamnera, disait-il. J'ai fait expertiser ma note par 15 ou 16 notables commerçants. »....

Il ne vous serait jamais venu à l'idée de faire expertiser les produits de son industrie (futailles métalliques) par de notables médecins, fussent-ils membres de l'Académie de Médecine. Enfin la note a été payée, il est parti grincheux et mécontent.

Mais, médecins mes amis, méfiez-vous !

Ce client nous a déclaré qu'il ne s'y laisserait plus prendre, qu'il ferait son prix avant. Nous ne demanderions pas mieux, nous lui ferons consigner des provisions, avec ces gens-là pourquoi pas ?.....

Une consultation juridique des plus intéressantes a été adressée à notre confrère le Dr L. de C. M. Ce jeune médecin, sur le point de se marier demande dans quelles conditions il peut faire inscrire sur son contrat de mariage les titres d'assurances accidents, maladie, qu'il a contractées, de même que sa participation à la « Financière » et à nos œuvres de prévoyance. La lecture de cette consultation prolongerait par trop longtemps la durée de ce rapport. Elle sera publiée quelque jour dans le journal.

D. 85. (*Dr L. à E.*) — De la division des dettes entre les cohéritiers, après décès du débiteur.

Le confrère m'écrit qu'il s'est entendu avec un des héritiers et que sa note a été soldée.

D 185. (*Dr L. E.*). — Une consultation a été donnée à ce confrère, à propos d'un recouvrement d'honoraires. Les dettes se divisent entre cohéritiers. Une solution favorable est intervenue amiablement.

D. 118. (*Dr S. à la T.*) — Ce confrère a reçu de Me Gatineau, une longue consultation sur les conditions dans lesquelles la prescription trentenaire pouvait être invoquée.

D. 206. — Des conseils ont été donnés à l'occasion de l'interprétation d'un contrat d'assurance individuelle d'un médecin. L'affaire est en instance et notre confrère a les éléments nécessaires pour défendre ses droits.

Un conseil en passant. Lorsque vous contracterez une assurance, envoyez-nous, avant de la signer, la police qui vous est proposée, surtout lorsque vous avez affaire à une Cie d'Assurance autre que celle qui a contracté avec la « Financière » médicale l'engagement de traiter les médecins en clients de choix.

D. 223. (*Dr B. L.*) — Point de droit intéressant : La compétence du juge de paix doit être admise pour une somme de 200 francs, bien que cette somme ne soit que le solde d'une somme bien plus élevée antérieurement due.

Me Gatineau a fourni à ce sujet une consultation très motivée et a cité de nombreux arrêts.

D. 228. — Le médecin peut-il et doit-il se récuser comme expert quand et parce qu'il a été le médecin particulier de la victime ou de la personne au sujet de laquelle l'expertise est demandée par la justice ? Laissez-moi vous lire sur ce sujet la très intéressante consultation de Me Gatineau.

Consultation.

Monsieur le Dr de Grissac, secrétaire du *Sou médical.* — J'ai examiné la question fort intéressante posée par M. le Dr B.., et qui peut se résumer en ces termes : « Lorsqu'un médecin a été appelé, comme praticien, auprès d'une personne morte dans des conditions de telle nature qu'une information ou une instruction a été ouverte pour rechercher les causes de cette mort, peut-il refuser d'obtempérer à la réquisition qui lui est faite par le parquet tendant à la délivrance d'un certificat constatant les causes du décès, et ensuite à la rédaction d'un rapport après autopsie ? »

Les obligations du médecin, en matière de réquisitions, étaient autrefois sanctionnées par les dispositions de l'art. 475 § 12, du C. Pén., qui punis-

sait d'une amende de 6 à 10 fr. et, en cas de récidive, d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 5 jours, ceux qui, *le pouvant*, auront refusé de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents... ainsi que dans les cas de... flagrant délit... » La jurisprudence de la Cour de cassation a déclaré cette disposition applicable aux médecins qui avaient refusé d'obtempérer aux réquisitions qui leur étaient faites pour une œuvre de médecine légale (Cass. 15 mars 1890 ; 24 juillet 1884 ; 17 déc. 1875 ; 20 février 1857). Il résulte toutefois de cette jurisprudence que le médecin n'est pas passible des peines portées à l'art. 475, lorsqu'il « justifie de l'impossibilité d'obéir à la réquisition ».

Aujourd'hui, les obligations des médecins sont régies par l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 qui spécifie que « tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous les peines portées en l'art. 22 » (amende de 25 fr. à 100 fr.). Il résulte des travaux préparatoires de la loi et notamment des observations de M. Bardoux, rapporteur, lors de la 2e délibération au Sénat, que le législateur de 1892 a voulu maintenir le pouvoir qui appartenait aux tribunaux d'apprécier les impossibilités qui peuvent empêcher le médecin de se rendre à la réquisition. Le rapporteur se préoccupe non seulement des impossibilités physiques, mais encore des impossibilités d'une autre nature, telles que celles que pourra invoquer un médecin, qui, requis de faire un rapport sur l'état mental d'un fou prévenu d'un crime, se jugerait incompétent en semblable matière.

« Il est alors du devoir du médecin de déclarer son incompétence. La justice apprécie, dit le rapporteur. Et il ajoute : « Il y a encore telle impossibilité matérielle ou physique qui peut empêcher le médecin de se rendre à la réquisition. Ce sont des cas résolus par le bon sens, et le juge a un pouvoir discrétionnaire, toujours bienveillant vis-à-vis de l'homme de l'art. ». Voir aussi la « Nouvelle législation médicale » de Léchopié et Floquet, 1894, p. 194.

Il ne saurait faire de doute que des impossibilités morales peuvent légitimer également le refus du médecin, par exemple le cas où, ayant été appelé comme praticien près de la victime, il se trouve lié par le secret professionnel et le cas où il se trouve lié par la parenté soit avec la victime, soit avec les personnes pouvant être intéressées aux résultats de l'instruction. Dans le premier cas, notamment la nécessité dans laquelle se trouverait le médecin de violer le secret professionnel et de commettre le délit prévu par l'art. 378 du Code Pénal pour obéir aux réquisitions de la justice, devrait amener l'application de cette règle de bon sens que M. Bardoux proposait comme guide à la justice. Dans les deux cas d'ailleurs, il ne semble pas possible que le juge n'use pas du pouvoir discrétionnaire qui lui est donné pour constater l'impossibilité morale qui empêche le médecin d'obéir aux réquisitions.

Le Dr B.., appelé par un client auprès d'une femme trouvée inanimée dans son lit, et ayant donné ses soins à celle-ci sans pouvoir la rappeler à la vie, peut avoir constaté par lui-même des faits secrets de leur nature (suivant l'expression de la Cour de Cassation) qu'il ne peut révéler sans enfreindre l'art. 378 du Code Pénal.

Bien qu'il ne s'agisse pas pour le médecin de faire une déposition en justice, il n'en est pas moins fondé à se retrancher derrière l'obligation du secret pour refuser d'obtempérer à la réquisition judiciaire qui lui est adressée à fin d'expertise médico-légale. Cette opinion est adoptée par M. André Hallays, docteur en droit. Thèse de Doctorat sur le secret professionnel, 1890. A. Rousseau éditeur, p. 73.

Si le parquet, après avoir soumis le cas au procureur général, maintient sa réquisition, le médecin pourra être poursuivi devant le tribunal correctionnel en vertu des articles 22 et 23 de la loi de 1892.

C'est alors qu'il pourra faire valoir l'impossibilité qu'il invoque et il paraît difficile que le tribunal ne reconnaisse pas le bien-fondé de son attitude.

En attendant, il pourrait adresser directement au procureur général une lettre contenant l'indication des causes de son refus, bien entendu en évitant toute explication contraire à l'obligation du secret.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

G. Gatineau,
Avocat-Conseil du Sou médical.

Accidents du travail.

D. 40. — Nous avons soutenu de nos encouragements le *Dr D.*, de *S.-M.* qui, dans une série de conférences des plus suggestives, faites à des groupes d'ouvriers de l'industrie, a démontré que le médecin d'assurances ne pouvait jamais être imposé aux blessés ; que les pressions et les menaces exercées contre les ouvriers pour les obliger à se rendre auprès des médecins des assurances, en les détournant des médecins de leur choix, constituait une manœuvre contraire à la loi, portant préjudice au médecin de l'ouvrier et autorisant ce médecin à poursuivre la compagnie d'assurances en dommages et intérêts pour détournement de clientèle. Le « Sou Médical » s'est engagé à soutenir, concurremment avec le Syndicat des médecins de la Seine, une action dans ce sens.

D. 48. (*Dr G. à V.*). — Un assuré, titulaire d'une police individuelle, met en œuvre le médecin en lui envoyant un bulletin de police collective. La compagnie se refuse à payer, prétendant qu'elle n'a aucune responsabilité dans cet acte de son assuré et que c'est à l'assuré à payer le médecin. La Société ne veut pas admettre que son assuré l'a engagée, irrégulièrement sans doute, mais de fait, et qu'elle doit payer. — Affaire pendante devant un arbitre désigné par le juge de paix. Aux dernières nouvelles, la *compagnie ne s'est pas rendue devant l'arbitre.*

D. 109. — (*Dr T. à M.-en-L.*). — Enfin cette longue affaire est terminée à l'avantage du confrère ; il est vrai que la justice a cru devoir rogner quelque chose et MM. les juges de paix de Mézières et de Charleville ont jugé que les certificats délivrés à l'occasion des accidents du travail étaient trop payés à 5 fr. Ils ont taxé de la façon suivante : *4 fr. pour le premier et 3 fr. pour le deuxième.* Le « Sou » a mis à la disposition du confrère 346 fr. pour l'indemniser des frais.

D. 189. (*Dr P. à B.*). — Dans une affaire en détournement évident du client faite par une compagnie d'assurance au détriment de ce jeune confrère, nous avons fortement engagé celui-ci à poursuivre la compagnie en dommages et intérêts. L'affaire viendra devant une justice de paix de Paris. Il est des plus importants de faire juger cette question. Le droit des compagnies n'est pas d'imposer leur médecin, elles ne peuvent que l'indiquer à l'ouvrier, qui doit rester libre de son choix et n'est pas tenu de suivre ses indications.

(J'ai le souci d'être bref, j'en passe des moins importants : Les dossiers 195 et 186.)

D. 215. — Un succès inespéré.

C'est un recouvrement d'honoraires (A. du T.) Une compagnie d'assurance prétendait solder une note d'honoraire de 40 fr. en envoyant un mandat-poste de 20 francs. Le confrère ne voulait pas poursuivre parce que le patron de l'ouvrier était une cliente riche qu'il avait intérêt à ne pas ennuyer par une assignation devant le juge de paix. Dans ces conditions, j'écrivis au nom du « Sou médical » à la compagnie d'assurance qui s'est exécutée sans protestation. « *La peur du Sou est le commencement de la sagesse.* »

D. 212. (*Dr L.*) — Contestation à propos du règlement d'une note d'honoraires, (accidents du travail.) La Société ne veut payer qu'un certificat, le certificat de guérison n'étant pas obligatoire. Sur nos conseils le confrère est allé trouver le patron, lui a exposé le regret où il était de le faire citer en justice, devant la mauvaise volonté de sa Société. Deux jours après cette démarche, le confrère était intégralement payé.

D. 224. (*Dr D.*) — Contestation d'honoraires : le confrère demande expertise de sa note et conseils.

D. 225. — Le confrère nous pose trois questions que nous l'avons aidé à résoudre : Contestation d'honoraires, accident du travail, recouvrement d'honoraires. (A. M. G.)

Et enfin moyen de procéder, pour calmer le *prurigo medicandi* d'un pharmacien trop enclin à l'exercice illégal de la médecine.

D. 227. — Toujours les assurances, toujours les contestations d'honoraires. Mais ne perdons pas courage, elles finissent toujours par s'exécuter. Il est dur le quart d'heure, dit de Rabelais, mais il arrive et passe.

Honoraires du Médecin d'hôpital.

D. 220. (*P. C. à S-V.*) — Les honoraires des médecins d'hôpitaux pour les malades ou blessés non indigents : Accidentés du travail, malades aisés, blessés de compagnie de chemin de fer, etc. Cette question très intéressante aboutira un jour à notre vive satisfaction. Mais il y a urgence de faire partout pression sur les commissions administratives des hôpitaux de province, pour qu'elles inscrivent dans leurs règlements, qu'elles font la réserve des droits éventuels des médecins, dans ces circonstances particulières, suivant la formule : Les hôpitaux étant exclusivement réservés aux indigents, le traitement des médecins ne s'applique qu'aux honoraires dus pour les soins donnés à cette catégorie de malades ou de blessés.

Sociétés de Secours Mutuels.

D. 19 (*Dr L., à la T.*). — J'ai dû renvoyer au Confrère un très volumineux dossier : différend avec une Société de Secours Mutuels. — Me Gatineau a conseillé le procès. Le docteur doit choisir l'avocat du Syndicat, ou celui de l'Association générale de la région. Notre conseil se tiendra à sa disposition pour toutes indications complémentaires.

D. 104. (*Dr P. à M.*). — Nous soutenons en appel le confrère victime d'une société de Secours Mutuels. Son cas vous sera exposé tout au long tout à l'heure par Me Gatineau.

Responsabilité médicale.

D. 64. (*Dr H., rue de T.*). — L'affaire de notre confrère, pour lequel le « Sou » a déboursé des sommes assez rondes et qui s'est terminée par une condamnation pour imprudence dans la délivrance d'un certificat, s'est soldée par un retour à notre caisse de la somme de 55 fr. 40 que notre trésorier a fait encaisser chez l'avoué.

D. 162. — Me Gatineau va vous dire tout à l'heure les réflexions que lui a suggérées la lecture du jugement et de l'arrêt des juges de la Réunion, dans l'affaire de notre confrère poursuivi pour homicide par imprudence, à la suite de l'emploi de crayons utérins au bichlorure prescrits sans dosage et exécutés par le pharmacien sans s'enquérir de la dose que voulait prescrire le médecin.

D. 199. (*Dr L., à L.*). — Ce confrère n'était pas membre du « Sou », lorsqu'il a eu à soutenir un procès en responsabilité médicale opposée reconventionnellement à une réclamation d'honoraires. Nous l'avons aidé de nos conseils et de notre appui moral, regrettant de ne pouvoir faire plus pour lui.

Secret médical.

D. 241. (*Dr C., à G.*). — Un maire, en pleine séance publique du Conseil municipal, donne lecture d'un certificat médical contenant l'indication de choses secrètes de leur nature. Ce certificat avait été délivré pour obtenir l'hospitalisation d'un indigent en application de la loi d'A. M. G. (*Quid* du secret médical?) Me Gatineau a envoyé au confrère sur ce sujet délicat une très intéressante consultation.

« En raison du péril pour le médecin, il y aurait lieu de prendre certaines précautions et de donner une formule analogue à celle-ci par exemple :

« Certificat confidentiel délivré en application de la loi de l'A.M. G, et pour ne servir que dans ce but. »

D. 213, 216, D. 217, 220, 222. — Services rendus par le « Sou » à des confrères embarrassés... je passe.

D. 221. (*Dr F., à M.*). — C'est une question de secret médical. Un héritier ne peut délier le médecin du secret professionnel. Il s'agissait d'arracher au confrère un certificat établissant la cause du décès de la donataire.

Diffamation. Divers. Abus du Sou Médical.

D. 179. (*D. C.*) — Que penser des médecins, qui ayant adhéré au « Sou Medical », puis donné leur démission, ont recours aux conseils de notre avocat, se faisant passer comme membre adhérent et abusant ainsi du bienveillant accueil que nous faisons toujours à un confrère dans la peine ?

Notre trésorier nous a averti de la situation particulière du confrère et s'il persiste à avoir recours aux avis de notre Conseil judiciaire, ce sera à ses frais et non à ceux de la caisse de nos adhérents.

Il faut bien établir que nous sommes prêts toujours à venir en aide à ceux qui ont eu le sentiment de la prévoyance, mais encore ne faudrait-il pas qu'il y ait abus, et que les étrangers au « Sou médical » viennent prélever une part à laquelle ils n'ont pas droit.

D. 124. (*P. de B.*) — Le Dr nous a donné les dernières notes à payer, les comptes des derniers frais faits à l'occasion du fameux procès que vous connaissez.

Pourquoi le confrère jugé indigne à la suite de son action malhonnête, fait-il encore partie de l'Association générale des médecins de France, cette société ayant inscrit dans ses statuts qu'elle est la gardienne de la moralité professionnelle. — Le « Sou Médical » qui a aidé à la poursuite du coupable ne pense pas devoir intervenir directement pour la sanction désirée par ses collègues.

D. 242. (*D. L. à E.*) — Nous avons rendu à ce confrère le service de lui établir un mémoire d'honoraires d'expertise médico-légale dans une affaire criminelle.

D. 230. — Contestation avec des tiers. — Conseils.

D. 232. — Expertise de note d'honoraires.

D. 233. — Conseils pour cession de clientèle.

D. 235. — Recouvrements d'honoraires après décès. Dol. Dissimulation d'actif. On prétend que les frais funéraires ont tout absorbé. Nous avons donné des conseils pour diriger ce confrère dans l'embarras et pour éviter qu'il ne se lance au hasard dans le maquis de la procédure, plein de fondrières et de chaussetrapes.

D. 236. — Poursuite de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie par les sœurs.

D. 237. — Que le client est donc extraordinaire.

Le client est vraiment un être bien étrange
S'il réclame un docteur ? tout d'abord c'est un ange !
Guérit-il, c'est un Dieu, — Plus tard, chose incroyable,
Au vu de la note à payer : c'est un *diable*.

Ces mauvais vers me reviennent à la mémoire en vous exposant le cas de ce confrère qui, dans une ville d'eaux prodigue avec un autre médecin les soins les plus intelligents à un blessé victime d'un accident d'automobile.

Le blessé transporté à Paris se fait radiographier. — « Je n'ai pas de luxation de l'épaule. Vous prétendiez que j'en avais une. Je ne vous dois que votre déplacement. Vous ne m'avez rien fait ; votre intervention a été nulle puisque je suis obligé de me faire soigner à Paris par les grands maîtres, etc. » Telles sont les raisons qu'on oppose à la présentation de la note d'honoraires. Nous soutenons le confrère dans sa légitime réclamation. — Mais que nos contemporains sont donc.... L'épithète vous la mettrez vous-mêmes, et cela suivant votre tempérament.

D. 231. — Toujours les accidents du travail et les compagnies.

Nous disons : négligez les compagnies d'assurance assignez le patron.

Mais ici, le patron est en liquidation judiciaire, et par conséquent insolvable. Force est bien d'assigner la compagnie solidairement avec le patron.

D. 245.— Demande reconventionnelle de dommages et intérêts opposée à la réclamation d'honoraires pour soins donnés. Nous soutiendrons ce confrère conjointement avec le Syndicat des médecins de la Seine.

Il a reçu tous les conseils utiles.

D. 247. — Une interprétation de la loi du 9 avril 1898 et de celle du 30 juin 1900.

Me Gatineau a donné une consultation sur ce point. — Contrairement à ce qui semble être la logique, la jurisprudence des Cours d'appel est défavorable au cas du confrère.

Il s'agit d'un ouvrier blessé dans le service d'une machine à battre, mais par un de ses camarades et non par la machine elle-même.

Considérations générales

Si maintenant, après cet exposé fait aussi rapidement que possible, nous voulons entrer plus avant dans l'étude des diverses questions soulevées par les demandes de nos confrères et relatives à certains points spéciaux, comme, par exemple, les rapports des Sociétés de secours mutuels avec les médecins, et enfin, la question très à l'ordre du jour des médecins de compagnies d'Assurances, nous pourrons sur ces divers sujets fixer les points acquis, dire quels sont les desiderata de tous, et indiquer, chemin faisant, la procédure qui nous semble la plus favorable pour atteindre le but poursuivi.

Les rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels sont toujours assez tendus. Par lassitude ou pour autre cause, les médecins ne protestent plus avec la même énergie, cela est vrai, contre ces abus, et ne cherchent pas à faire prévaloir les principes qui doivent être la règle en la matière. Les sociétés de Secours mutuels, avant la loi du 15 juillet 1893 qui met à la charge des communes, des départements et de l'État, l'obligation de faire donner les soins médicaux et pharmaceutiques aux indigents, étaient considérées comme des sociétés de prévoyance *et aussi d'assistance*. Se prévalant de ce dernier titre, elles n'hésitaient jamais à le mettre en avant pour solliciter des secours sous forme de cotisation de membres honoraires, etc., réduction du tarif normal des médecins et des pharmaciens et, comme le disait M. Monod, directeur de l'assistance au ministère de l'intérieur dans son rapport de 1900, au moment de l'Exposition universelle, « l'assistance se faisait la plupart du temps au préjudice des médecins. »

La loi du 1er avril 1898 en fixant les règles du fonctionnement des Sociétés de secours mutuels les a réduites à la fonction unique d'œuvre de prévoyance. Vous vous souvenez de la transformation qu'a dû subir notre Société mutuelle de l'Association générale des médecins de France, qui ne peut plus faire de la bienfaisance, comme elle le faisait jadis, pour se consacrer exclusivement à la mutualité.

Qu'est-ce donc en somme que la mutualité ?

C'est une forme de l'assurance contre le risque maladie et le chômage qu'elle entraîne.

Et, alors que la règle générale de l'assurance, règle absolue, est que *la prime* doit être en raison proportionnelle *du risque*, et que par conséquent en matière d'assurance mutuelle la prime doit être variable, les sociétés de secours mutuels ont continué à fonctionner avec des *primes fixes et insuffisantes*. De là l'obligation où elles se trouvent de recourir à des artifices pour combler leur déficit ; la réduction du risque, ou plutôt sa limitation, est un de ces moyens.

Dans leurs statuts, elles disent aux mutualistes : nous garantissons les soins *médicaux et pharmaceutiques*.

Dans la pratique, elles ne paient que les frais médicaux les plus simples, excluant les frais chirurgicaux, n'acceptant pas, dans beaucoup de cas, même les frais qu'entraînent les opérations de petite chirurgie telles que l'avulsion des dents ou bien encore les soins nécessitant l'emploi du spéculum.

C'est derrière ce manque de précision des engagements pris qu'elles peuvent ou comptent se retrancher pour payer le moins possible. Toutes les contestations survenues au « Sou médical » n'ont pas d'autre cause que cette obscurité voulue et maintenue dans les *statuts des Sociétés.*

Les sociétés scolaires de mutualité tendent à se généraliser. Devons-nous rester froids spectateurs de ces formations ou devons-nous, à leur occasion, faire prévaloir et maintenir les droits incontestables des médecins ?

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Versailles a pensé qu'il y avait mieux à faire que la guerre sourde et que le mauvais vouloir.

Devant le flot de la mutualité qui monte, ne vaudrait-il pas mieux s'entendre et s'organiser de façon à faire adopter les légitimes revendications dont on trouve l'écho dans tous les groupes syndicaux. Les chefs du mouvement mutualiste dans la banlieue parisienne, qui sont également de très honorables confrères, ont été convoqués à la réunion du Syndicat et ont exposé leurs théories, contredites avec courtoisie ; après échange de vues il a été décidé qu'une commission, composée mi-partie de mutualistes et de médecins, étudierait les bases d'une entente cordiale entre médecins et mutualistes, cette commission faisant tous les efforts pour aboutir et pour faire disparaître les causes de conflit ; établissant les bases d'un conseil arbitral devant juger en dernier ressort toutes les difficultés qui viendraient à surgir entre mutualistes et médecins : ce conseil d'arbitrage ayant des membres en nombre égal désigné par les intéressés.

Le « Sou Médical » n'aurait donc plus à intervenir dans des différends toujours pénibles, et ce serait l'âge d'or de la mutualité qui trouverait dans les médecins ses meilleurs auxiliaires.

D'un autre côté, le principe de la liberté absolue du choix du médecin serait laissée au mutualiste. Le médecin jamais ne devra être imposé. La Société n'aura pas de médecin spécial, n'assurera le soin de ses malades par aucun monopole le plus souvent acheté par un forfait ou un rabais déshonorant. Tous les médecins d'une localité seraient conviés à donner des soins aux mutualistes, sous le seul régime de la *liberté de confiance*, comme le disait d'une façon si originale et si juste, le Dr Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats de France.

Si maintenant nous passons à l'étude des dossiers nombreux qui renferment les doléances de nos confrères à l'occasion de leurs rapports avec les sociétés d'assurance accidents, nous dégagerons tout d'abord ce principe :

En cas de contestation pour le paiement des honoraires pour soins donnés à des ouvriers blessés ;

1° Faire citer le patron de l'ouvrier devant le juge de paix du canton où a eu lieu l'accident. Point n'est besoin que ce patron ait pris l'engagement de rémunérer les soins, ou ait envoyé le blessé.

2° Etablir le mémoire d'honoraires au tarif ouvrier de la région.

3° Certaines régions ayant adopté un tarif d'assistance médicale gratuite inférieur d'une façon notoire au tarif ouvrier, il y aurait lieu, dans ce cas particulier, de faire effort pour le faire modifier. En tout cas, toute l'énergie de nos groupes médicaux doit tendre à faire substituer, dans l'article 4 de la loi, le terme de *tarif ouvrier régional* à celui de tarif de l'*Assistance Médicale gratuite.*

4° Nous soutenons au « Sou Médical » que le fait par un patron ou une société d'assurance le représentant, d'obliger, par menaces ou pression, un blessé à recevoir les soins d'un médecin en dehors de celui choisi librement par ce blessé, constitue un acte répréhensible, portant atteinte aux droits du confrère évincé, ainsi mis à l'écart et lui causant un *préjudice certain*, dont il lui est dû réparation.

D'un autre côté, les Cies d'assurances en cédant,

moyennant le rabais forfaitaire ou autre, la clientèle des blessés de ses assurés à un médecin, cède une chose qui n'est pas sienne, et il est urgent de démontrer aux ouvriers quels sont leurs droits en pareille matière.

En résumé, les sociétés d'assurance qui cherchent à s'attacher des médecins, leur promettant une clientèle qu'elles sont impuissantes légalement à leur assurer, commettent un abus.

La loi du 9 avril, en inscrivant dans son texte la liberté de choisir un médecin, a créé toute une catégorie de clients à laquelle tous les médecins peuvent légitimement prétendre, et ce principe nous pouvons l'étendre à toutes les organisations qui exploitent les médecins par les promesses de fixes et de monopoles.

Et nous allons trouver enfin, dans la proclamation de ce principe de *liberté*, le moyen de nous défendre contre les exigences et les abus des *collectivités*.

Laissez-moi maintenant, pour terminer, vous remercier, mes chers collègues et confrères, de la bienveillante attention que vous avez bien voulu accorder à votre secrétaire. Nouveau venu dans sa fonction, il a besoin d'une grande indulgence. Mais vous pouvez compter sur sa bonne volonté et surtout sur son dévouement à notre œuvre de solidarité confraternelle.

(*Applaudissements.*)

Renouvellement du Bureau.

Le Président. — Vous venez d'entendre le rapport très écouté de notre secrétaire-adjoint. Vous pouvez vous rendre compte de la marche ascendante de notre société et je vous convie à faire autour de vous des adhérents, car, il ne faut pas l'oublier, nous ne serons vraiment forts qu'avec le nombre.

Vous avez, mes chers confrères, à renouveler cette année, les pouvoirs de votre bureau.

Nous vous proposerons, (et ce n'est pas de la candidature officielle), la liste suivante que nous soumettons à votre approbation :

Président : M. le Dr Maurat, de Chantilly ;

Vice-présidents : MM. les Drs Le Gendre et P. Lepage ;

Secrétaire-général : M. le Dr de Grissac, d'Argenteuil ;

Secrétaire des séances : M. le Dr Jeanne, de Meulan.

Trésorier : M. le Dr Gassot, de Chevilly ;

Syndics : MM. Gouffier, de Neuilly, et Diverneresse, de Saint-Mandé.

Contrôleurs : MM. Rousseau, de Conflans-Saint-Honorine ; Bauxis-Lagrave, d'Aulnay-les-Bondy.

Le nouveau bureau est nommé par acclamation.

La parole est à Me Gatineau, notre éminent et dévoué conseil judiciaire.

Propositions diverses.

Les abus de l'assistance judiciaire.

Me Gatineau. — Messieurs, voici deux faits qui nous paraissent devoir être l'objet de votre part d'une protestation à faire parvenir à M. le Ministre de la Justice :

1° « L'assistance judiciaire a été accordée à diverses reprises à des Sociétés de secours mutuels riches (ayant 20.000 fr. de réserves), pour leur permettre de se défendre devant les tribunaux, contre des demandes de réparation qu'elles avaient encourues de gaieté de cœur en violant des engagements pris à l'égard des médecins.

Nous n'ignorons pas que *l'article 13 de la loi mutuelle de 1898* dit que ces sociétés peuvent obtenir l'assistance judiciaire, mais il ajoute : « aux conditions imposées par la loi du 22 janvier 1851 ». Or cette loi impose, par son article 10, la nécessité d'une déclaration *attestant que l'état d'indigence empêche de faire valoir ses droits en justice et contenant l'énumération détaillée de ses moyens d'existence quels qu'ils soient.* D'autre part, l'art 11 oblige le bureau à prendre toutes les informations nécessaires pour s'éclairer sur l'indigence. A-t-on le droit de dissimuler ainsi 20.000 fr. de réserves, surtout pour échapper aux conséquences d'une iniquité criante ? Et les bureaux d'assistance auxquels l'existence de ces réserves est révélé par la partie adverse a-t-elle le droit de conclure à l'indigence ?

2° Dans un article intitulé : « L'Oreille de la justice », M. le Dr Gassot vous a raconté, d'après documents, comment, sous le couvert de l'assistance judiciaire, un malveillant avait poursuivi, à trois reprises différentes, M. le Dr Legrain (de Bougie), pour responsabilité médicale par insuccès opératoire, alors que notre confrère n'avait jamais pu décider le patient à se faire opérer par lui !! Trois fois M. le Dr Legrain a obtenu gain de cause il faut le reconnaître. Mais là encore de graves irrégularités ont été commises par les bureaux d'Assistance judiciaire de première instance, à Bougie, et de la Cour d'appel, à Alger, avec cette circonstance aggravante, en ce qui concerne le deuxième de ces bureaux, qu'une protestation contre les agissements du premier avait été adressée par le Dr Legrain, sur notre conseil, au Procureur général. L'art 11 de la loi du 22 janv. 1851 enjoint en effet, dans son § 2, de « donner avis à la partie adverse qu'elle peut se présenter devant lui, soit pour contester l'indigence, soit pour fournir des explications sur le fond ». Or, le Dr Legrain n'a jamais été convoqué par aucun des deux bureaux. En accordant l'assistance, surtout devant la Cour d'appel, alors que la mauvaise foi du demandeur était éclatante, sans avoir observé la loi qui donne le droit au défendeur de démontrer cette mauvaise foi, les bureaux d'assistance judiciaire ont permis à un plaideur indigne de tout intérêt d'abuser de l'assistance judiciaire, pour molester un de nos confrères et l'obliger à faire pour sa défense des frais considérables qu'il ne pourra jamais recouvrer, l'individu étant insolvable.

Le Président. — Je mets aux voix la proposition suivante :

« L'Assemblée générale du « Sou médical, » après avoir pris connaissance des graves abus qui se sont produits dans l'octroi de l'assistance judiciaire, doit décider que son bureau fera parvenir à ce sujet une protestation en règle à M. le Ministre de la justice. »

Une protestation sera adressée au nom de notre Société au ministère de la justice pour protester contre ces deux violations de la loi. (*Approuvé à l'unanimité*).

Le Président lève la séance à 6 h. 1/2.

Dr DE GRISSAC.
Secrétaire général.

PRESSE ANGLAISE

Le genu valgum et son traitement.

Les idées admises et courantes, jusqu'à ce jour, en matière de genu valgum, sont celles énoncées par Macewen dans son traité de l'Ostéotomie (1). Le chirurgien anglais attribue la déviation en dedans du genou à une difformité de l'*extrémité inférieure du fémur*, difformité constituée principalement par une courbure à concavité interne de cette partie osseuse, et accessoirement par une augmentation de longueur du condyle interne — les deux facteurs morbides en question étant combinés en général et s'ajoutant l'un à l'autre pour faire saillir le genou intérieurement et rejeter la jambe au dehors. Comme traitement, Macewen se trouvait ainsi naturellement conduit, pour redresser le membre, à préconiser l'ostéotomie du *fémur*, la résection d'un coin osseux supra-condylien. Cette méthode chirurgicale a donné des résultats satisfaisants et est assez généralement appliquée, à l'étranger surtout. En France, on s'adresse de préférence au redressement forcé, du fémur toujours, ou ostéoclasie (méthode française : Delore, de Lyon). L'ostéoclasie est faite manuellement ou à l'aide d'instruments appropriés.

Telles sont la théorie et la pratique encore classiques actuellement sur ce point particulier de chirurgie orthopédique. Or, se basant sur un certain nombre de radiographies, le Dr Morton, professeur de chirurgie à l'University College de Bristol et chirurgien de l'hôpital des Enfants de cette ville, dans une leçon clinique faite au *post-graduate College*, décrit d'une façon toute différente la nature de la déformation osseuse, cause du genu valgum, et propose, conséquemment, une autre thérapeutique. Selon lui, la difformité est due à une altération de courbure *non du fémur, mais du tibia*, et quelquefois du péroné.

Macewen avait déjà signalé cette participation du tibia dans 10 0/0 des cas environ, mais il la considérait comme ne jouant aucun rôle sérieux dans la production du genu valgum. Appuyant son opinion sur 25 radiographies portant sur 40 membres, M. Morton croit pouvoir affirmer que l'incurvation des extrémités supérieures du tibia et du péroné est la condition essentielle de la déviation du genou en dedans et du rejet de la jambe en dehors, l'allongement du condyle interne étant loin d'être fréquent et toujours accompagné d'une déformation des os de la jambe à laquelle il est secondaire. Grâce, effectivement, à la déviation en dehors de la jambe, le condyle externe seul sert de point d'appui au poids du corps et le condyle interne, ne rencontrant plus de forte résistance au niveau du plateau tibial correspondant, s'allonge.

Cette théorie entraîne des déductions pratiques pour le traitement chirurgical et même pour la simple application d'attelles orthopédiques. L'auteur propose, au lieu de l'ostéotomie du fémur de Macewen, l'ostéotomie du tibia. Je ne parlerai pas, dit-il, de l'ostéoclasie, ne l'ayant jamais expérimentée. On peut obtenir la rectitude du membre malade par l'opération de Macewen bien que la déformation soit essentiellement d'origine tibiale, mais alors l'articulation du genou reste oblique, condition qui ne saurait être la perfection pour la marche. La résection d'un coin osseux pris sur le tibia lui est bien supérieure comme résultats ; elle a déjà été faite quelquefois : elle doit être le traitement, non pas de certains cas, mais de tous les cas. Elle est, toutefois, plus délicate à exécuter que l'ostéotomie fémorale, les vaisseaux tibiaux étant plus faciles à blesser que les vaisseaux poplités. Aussi, convient-il d'éviter ces organes soigneusement, ainsi que l'artère et le nerf tibial antérieurs. Le coin osseux doit être enlevé aussi haut que possible et son épaisseur variera suivant le degré d'incurvation de l'os. Les résultats de l'intervention sont très satisfaisants.

M. Morton ne se montre pas grand partisan du traitement du genu valgum par les appareils et les attelles. Selon lui, dans bien des circonstances, les lésions se corrigent d'elles-mêmes, d'une façon absolument spontanée, pendant la croissance de l'os. Le repos, la réduction au minimum de la marche sont deux facteurs très puissants qui favorisent la cure naturelle, bien que celle-ci se produise également chez des enfants qui vont et viennent à leur guise. Certains chirurgiens déclarent avoir guéri une énorme proportion de cas de genu valgum, grâce à la méthode orthopédique, par les simples attelles. Or, celles-ci offrent une utilité plus théorique que pratique, et il y a lieu certainement d'attribuer les beaux résultats obtenus de cette manière à la tendance normale de l'affection vers la guérison.

Les os, chez les rachitiques, sont susceptibles de céder et de subir, sous l'influence de fortes pressions, comme sous l'influence de la marche, des incurvations diverses. Mais les appareils orthopédiques sont tout à fait insuffisants, comme puissance, pour prétendre procurer la correction des déviations osseuses. En outre, même si l'enfant demeure au repos et à plus forte raison s'il marche, ces appareils ne restent pas en place, les mouvements de rotation des membres les déplaçant bientôt. Aussi le rôle de ces grands et complexes instruments est-il assez illusoire. Seules, les petites attelles peuvent rendre service, à condition d'être utilisées non pas comme correcteurs, mais comme soutiens. Une attelle métallique fixée sur le côté externe du membre malade prévient souvent l'aggravation du genu valgum et, pendant ce temps, la lésion peut guérir spontanément. Il convient d'attacher cette attelle non seulement sur le genou et aux extrémités, mais encore à la cuisse et surtout à la jambe, par des bandes qui éviteront l'incurvation du tibia. Tel est le seul appareil recommandé par M. Morton et encore ne le considère-t-il pas comme d'une très grande utilité.

Reste la question opération. Quelques chirurgiens n'opèrent jamais au-dessous d'un certain âge, mais ne s'accordent pas à fixer celui-ci. D'autres interviennent seulement lorsqu'il existe un degré spécial de genu valgum, mais, ici encore, le degré en question varie beaucoup avec les auteurs. Nombre de praticiens ont foi en l'action des attelles et les appliquent toujours et indéfiniment. En réalité, elles assistent à la cure spontanée du mal. Toutefois, il est des cas où celle-ci ne se produit pas. Si, alors, la déformation est considérable et si on a de bonnes rai-

(1) *Osteotomy*, 1880 ; traduit par Demons, 1882.

sons de penser que la période de mollesse osseuse est passée, l'ostéotomie est indiquée, quel que soit l'âge. De même, chez les adolescents, si la lésion est notable et a cessé d'augmenter pendant quelque temps.

En résumé, M. Morton propose les conclusions suivantes :

1° Contrairement à l'opinion classique, le genu valgum est dû à une déformation primitive du tibia.

2° Il guérit, dans nombre de cas, spontanément. Cette cure naturelle est facilitée par le repos, le minimum de marche et un traitement général anti-rachitique approprié. Les grands appareils orthopédiques sont inutiles et sans valeur. Seule, une attelle de *soutien*, fixée extérieurement et tout le long du membre peut rendre quelques services.

3° Si la cure spontanée ne se produit pas, il faut intervenir une fois la période de mollesse osseuse passée. L'ostéotomie du tibia doit remplacer l'ostéotomie du fémur, de Macewen.

Diagnostic des maladies du rectum et de l'S iliaque.

Dans un article du *British medical Journal*, M. Swinford Edwards, chirurgien de Saint-Mark, hôpital spécial pour les maladies du rectum, étudie le diagnostic des affections de l'extrémité terminale du tube digestif.

Le rectum sert uniquement de lieu de passage pour les matières fécales. Normalement, il n'est le siège d'aucune sensation, excepté pendant l'acte de la défécation. A ce moment, les mouvements péristaltiques du côlon se communiquent à ses parois et certaines sensations particulières se produisent qui cessent rapidement une fois l'évacuation terminée. En examinant un malade qui se plaint de souffrir de cet organe, il est bon de rechercher quelle relation la douleur offre avec les garde-robes et de s'enquérir si elle est spontanée ou provoquée par la défécation, qu'elle peut précéder, accompagner ou suivre.

Douleur. — La douleur est un symptôme de fissure, d'hémorrhoïdes, d'ulcération et de certaines tumeurs intra-rectales. Dans la fissure, les souffrances sont souvent aiguës et hors de proportion avec la grandeur de la lésion. Elles durent assez longtemps et parfois plusieurs heures. Dans les hémorrhoïdes, la douleur varie selon l'état de ces varices, c'est-à-dire suivant qu'elles sont ou non enflammées. Dans les ulcérations, simples ou carcinomateuses, la douleur dépend beaucoup du siège du mal ; son intensité s'accroît à mesure qu'on se rapproche de la partie inférieure du sphincter.

Hémorrhagie. — Comme fréquence l'hémorrhagie vient immédiatement après la douleur. S'il s'agit de fissure, elle est habituellement insignifiante et se produit au moment d'aller à la garde-robe. Dans le cas d'hémorrhoïdes internes, le patient peut perdre une grande quantité de sang, généralement veineux, bien que parfois artériel.

Toute ulcération du tube gastro-intestinal, quel qu'en soit le siège, est susceptible de s'accompagner d'hémorrhagies, légères ou abondantes, voire alarmantes. Le caractère du sang expulsé dépend de la durée de son séjour dans l'intestin. Le cancer intestinal provoque généralement des hémorrhagies, le sang étant mélangé aux matières fécales ; parfois, en raison de l'ulcération d'un vaisseau, la perte sanguine produit une syncope. Il ne faut pas oublier, également, que l'ulcère stomacal peut avoir pour unique symptôme l'expulsion de sang par le rectum, sans douleur gastrique, ni hématémèse.

Garde-robes. — La nature et la forme des garde-robes sont quelquefois caractéristiques, mais il ne faut pas attacher beaucoup d'intérêt à ces données pour le diagnostic. On ne doit pas, en particulier, de l'apparence rubanée des selles, déduire l'existence d'une stricture rectale, car une contraction spasmodique du sphincter suffit à aplatir les matières fécales expulsées.

Rejet de pus, de mucus et de membranes muqueuses. — Ces signes sont très importants. L'écoulement de pus indique la présence d'un abcès, d'une fistule borgne interne, d'une ulcération ou d'une rectite aiguë, telle que la blennorrhagie rectale, par exemple.

L'expulsion de mucus fera penser aux inflammations catarrhales. S'il existe un abondant écoulement de liquide aqueux, semblable à du blanc d'œuf, il s'agit presque certainement d'une tumeur villeuse. Des concrétions muqueuses traduisent la colite pseudo-membraneuse. L'incontinence des gaz et des matières fécales est un signe de rétrécissement, simple ou malin, et de perte de la tonicité sphinctérienne due à un prolapsus.

Examen du rectum et de l'anus. — On examinera d'abord les parties externes. S'il s'agit d'une femme, elle se couchera sur le côté, les fesses sur le bord du lit et les genoux relevés. S'il s'agit d'un homme la position génu-pectorale (le sujet couché sur le ventre, mais appuyé sur les genoux et les coudes) sera la meilleure. Il suffit alors d'écarter les fesses pour bien apercevoir l'anus. On notera facilement les hémorrhoïdes externes, l'eczéma, les fissures, les condylomes. La palpation digitale autour de l'orifice anal reconnaîtra toute induration, signe d'abcès profond ou de fistule borgne interne.

Le doigt, bien enduit de vaseline, sera ensuite introduit dans la cavité rectale ; pour faciliter la manœuvre, on priera le patient de pousser comme s'il voulait aller à la garde-robe. La pénétration du doigt est-elle douloureuse et le sphincter se contracte-t-il contre lui spasmodiquement, une fissure est probable. La pulpe digitale pourra sentir des petites tumeurs polypoïdes dues à l'hypertrophie des papilles de Morgagni ou l'orifice interne d'une fistule, ce dernier placé en général sur la ligne médiane, à la paroi postérieure, juste au-dessus du sphincter externe. Le toucher enregistrera l'état de la prostate et des vésicules séminales ; il fixera le médecin sur les néoplasmes, les ulcérations, les rétrécissements accessibles, les compressions de l'intestin par les tumeurs ou les organes du voisinage. Le doigt pénétrera sensiblement plus loin (un pouce et plus), si on fait placer le malade dans la position accroupie en le priant de pousser comme pour faire un effort. Les hémorrhoïdes internes sont difficiles à distinguer, pour un doigt dont l'éducation n'est pas faite, mais elles sortent habituellement après l'administration d'un lavement et elles sont ainsi facilement visibles de même que les prolapsus du rectum et les polypes insérés au voisinage de l'orifice anal.

Dans la majorité des cas, le toucher rectal suffit au diagnostic. Parfois cependant il est utile, voire nécessaire, de s'adresser à l'examen avec le spéculum. M. Swinford Edwards emploie un instrument imaginé par Kelly et appelé proctoscope. C'est un tube creux analogue au spéculum vaginal de Ferguson, fixé à un manche qui permet de le manier plus aisément. Le tube renferme un mandrin à extrémité arrondie pour faciliter l'introduction. Bien entendu, l'auteur dispose d'une série de tubes de grandeurs différentes, depuis 5 jusqu'à 35 centimètres de longueur.

Le proctoscope se manœuvre de la façon suivante : le rectum préalablement vidé par un lavement et le ventre libéré de tout vêtement serré, le malade se place dans la position genu-pectorale. On choisit un tube approprié. Le spéculum de 12 centim. permet d'examiner le rectum, celui de 20 centim. atteint le rectum supérieur et le bas de l'S iliaque. On chauffe l'instrument légèrement, on l'enduit de vaseline et on le fait pénétrer en disant au patient de pousser, ce qui relâche le sphincter et facilite l'introduction. Une fois le tube arrivé assez loin dans la cavité rectale, le mandrin est enlevé ; l'air pénètre alors et dilate l'intestin, phénomène que facilite la position génu-pectorale. On dirige enfin les rayons d'une bonne source lumineuse dans le spéculum et la muqueuse rectale apparaît immédiatement.

Cette muqueuse se montre, normalement, d'une coloration rose pâle. Elle est parcourue par des replis en forme de croissants, saillants intérieurement, de nombre et de position variables : ce sont les plis de Houston dont le rôle physiologique est de prévenir la descente trop rapide des matières fécales.

En retirant le spéculum on aperçoit la portion anale avec ses colonnes de Morgagni, au nombre de 6 à 8, plus marquées dans certains cas que dans d'autres. Ces colonnes rectales font saillie à la surface de la muqueuse dont elles se distinguent encore par leur coloration plus pâle. Leurs bords se rejoignent en bas, formant ainsi, dans les intervalles, une série de petites poches semi-lunaires à concavité dirigée en haut. Il convient d'examiner avec soin ces différentes parties : un petit corps étranger peut se loger dans ces poches, les extrémités supérieures des colonnes de Morgagni s'hypertrophient quelquefois pour former une variété de polypes rectaux. Ball, de Dublin, affirme que les fissures anales sont habituellement le résultat de déchirures des poches en question.

Pour terminer cette revue diagnostique des maladies du rectum et de l'S iliaque, deux mots enfin sur un dernier mode d'exploration, le palper bimanuel. Il nécessite l'anesthésie générale pour relâcher complètement les parois abdominales. Le patient, placé dans la position de la lithotomie, sera donc anesthésié jusqu'à résolution complète. Le chirurgien introduit alors l'index de la main droite dans le rectum et place la main gauche sur l'hypogastre et les fosses iliaques. On atteint ainsi les lésions trop élevées pour être accessibles au toucher simple, monomanuel : la main gauche déprime pendant que l'index droit remonte à la recherche des néoplasmes et des strictures possibles.

Dr P. Lacroix.

DÉONTOLOGIE

Le drainage parisien des malades de la province

Lettre d'un médecin de province à un médecin de Paris.

Monsieur,

Vous avez vu dernièrement un de mes clients auquel vous avez prescrit, en dehors de la triade aujourd'hui classique : repos, cure d'air, suralimentation, des injections de phosphate de créosote. Comme vous et avant vous, j'avais insisté sur ces trois éléments purement hygiéniques et que je considère comme devant tenir une place prépondérante dans le traitement de la tuberculose, bien que d'une application souvent fort difficile, sinon tout à fait impossible dans grand nombre de cas, et j'y avais joint des lotions alcooliques, des lavements créosotés, du sirop iodotannique, des pilules de cacodylate de soude, et tous les dix jours une application de pointes de feu au siège de la lésion. Il serait oiseux de discuter en matière de traitement, quand il s'agit de tuberculose pulmonaire, chacun ayant le sien et le meilleur, — du moins celui qui a cette prétention—ne valant pas grand chose ; n'empêche que j'aurai peine à croire à l'efficacité plus grande de votre traitement et que je ne me sens nullement disposé à modifier le mien, pour adopter le vôtre.

Dans une lettre que vous avez adressée à une personne touchant de près mon client, lettre qui m'a été communiquée, vous dites avoir constaté des lésions très étendues, très profondes, et vous portez un pronostic des plus défavorables. Je regrette de ne pas être de votre avis ; j'ai ausculté mon malade pas mal de fois et toujours avec le plus grand soin ; eh bien, à aucun moment, je n'ai trouvé les lésions étendues et profondes dont vous parlez ; bien mieux, à l'époque de votre examen, ces lésions se réduisaient à très peu de chose et se trouvaient parfaitement localisées, à tel point que j'avais annoncé au malade et à sa famille une amélioration notable. Si vous n'aviez trouvé aucune lésion à l'examen stéthoscopique, il serait permis de mettre en doute l'intégrité de votre organe auditif ; là n'est pas le cas, puisque, au contraire, vous avez trouvé des lésions là où il n'y en a pas : je crois plutôt que à l'instar de beaucoup des vôtres, vous avez pour principe de faire les gens plus malades qu'ils ne le sont, de grossir leurs lésions à plaisir, de voir, par exemple, des cavernes là où se trouvent quelques tubercules en voie de germination et même là où il n'y a rien du tout, précaution des plus prudentes pour le cas où la maladie tourne mal, procédé des plus commodes et des plus sûrs pour se recommander auprès du vulgum pecus, si la guérison survient ; c'est le procédé habituel aux rebouteurs de nos campagnes qui passent leur temps à remettre et à raccommoder des membres qui n'ont jamais été ni démis, ni cassés. Quant au pronostic, tout en étant moins pessimiste que vous, je veux bien l'entourer des réserves les plus larges, non à cause des lésions aussi étendues que profondes que présenterait mon malade, mais parce que, en dehors de certaines conditions de milieu et de

climat, je considère la tuberculose, même à son début, comme l'une des maladies les plus difficilement curables, quoiqu'en disent Grancher et tous ceux qui se sont fait l'écho de son dogme un peu risqué, à mon sens.

Enfin, dans une dernière phrase de votre lettre, la flèche du Parthe, vous manifestez le regret de n'avoir pas vu le malade plus tôt. Cela voulait dire clairement — et personne n'a pû s'y tromper — que vous auriez déjà guéri le malade ou que, tout au moins, vous n'auriez pas laissé le mal s'aggraver autant. Eh bien, laissez-moi vous dire que cette phrase prouve de deux choses l'une : ou que vous êtes affligé d'une dose immodérée de fatuité, ou que vous êtes un vulgaire charlatan, comme il en est tant malheureusement aujourd'hui dans notre profession ; dans tous les cas, elle dénote sûrement chez vous une ignorance ou un mépris absolu des notions les plus élémentaires de la déontologie. C'est ainsi que se comporte à notre égard un curé du voisinage qui pratique ouvertement l'exercice illégal de la médecine ; je regrette que vous vous soyez mis dans le cas de justifier ce rapprochement. Et vous ne sauriez arguer, pour vous défendre, de votre ignorance, puisque mon client s'est présenté chez vous, mon ordonnance à la main, puisque vous lui avez recommandé de me remettre la vôtre, sans qu'il fût question, bien entendu, de la fameuse lettre, adressée le lendemain à un tiers. J'ajoute, pour le cas où votre conscience serait encore accessible au remords, que ma situation personnelle me met à l'abri des conséquences fâcheuses — c'est à dire la perte d'un bon client — qui auraient pu résulter pour moi de votre attitude, ce qui ne serait peut-être pas indifférent à nombre de confrères moins favorisés.

Recevez, Monsieur, mes salutations.

Dr F. Souesme

Le fait qui a motivé la lettre ci-dessus et qui est devenu de banalité courante, à force de se répéter, comporte pour nous, médecins de la province, praticiens de la campagne, une moralité en même temps qu'il nous trace la ligne de conduite qu'il nous faut suivre à l'avenir ; désormais dûment fixés sur l'attitude toujours dédaigneuse, souvent incorrecte, parfois malveillante que tiennent à notre égard beaucoup de nos confrères de Paris, aussi bien nos égaux que nos prétendus Maîtres (maîtres surtout en savoir-faire), sachons nous passer d'eux, gardons nos malades chez nous, faisons notre besogne nous-mêmes et entre nous ; ne laissons pas nos clients s'égarer sur la recommandation d'un ami, chez le premier médecin de quartier venu, lequel, ne connaissant ni leurs antécédents, ni leur tempérament, ni les divers épisodes de leur maladie, et n'ayant ni le temps, ni les motifs de s'intéresser davantage à ces clients de passage, leur délivrera au petit bonheur une ordonnance quelconque ; ne permettons jamais qu'un de nos malades se présente chez un spécialiste ou chez un médecin de renom, s'il n'est pourvu d'une note de nous qui mettra ce dernier au courant de tout ce qu'il doit savoir pour examiner avec fruit notre client, qui attirera son attention sur tel point plus particulièrement obscur ou intéressant. Une note, en un mot qui aura pour le confrère auquel nous donnons cette marque de confiance, en faveur et au profit duquel nous abandonnons momentanément notre client, cette sorte de signification, qui nous attendons de lui, non pas un jugement, non pas une critique ou une leçon, mais un avis suffisamment motivé et formulé avec toutes les précautions, avec toutes les formes que comporte la bonne confraternité. Et surtout, que tous nos efforts, que toute notre énergie s'emploient à détourner nos clients de certains établissements de mauvais aloi. qui se décorent du titre pompeux de Cliniques et d'Instituts, champignons vénéneux poussés au pied et à l'ombre de la grande Cité — de ces établissements où la réclame par les journaux et les prospectus a remplacé les cymbales et la grosse caisse de nos marchands d'orviétan de jadis, où toutes les maladies se traitent et guérissent par la sérothérapie, l'opothérapie, la mécanothérapie, la kinésithérapie. la massothérapie, l'électrothérapie, la photothérapie et autres fumisteries en pie ou en pis ; de ces établissements où les malades, parqués, bousculés, numérotés, comme moutons en foire, reçoivent, en échange de leur pièce de monnaie, une ordonnance rédigée et tarifée à l'avance, ordonnances toutes semblables entre elles, à tel point qu'on les croirait sorties d'un distributeur automatique ; de ces établissements enfin qui n'ont rien de commun avec la médecine, véritables bazars où l'on vend de tout, sauf de la science, sauf de la santé.

Encore une fois, mes chers confrères de province, sachons nous suffire à nous-mêmes ; employons toute notre autorité, toutes nos ressources, notre ingéniosité même, à déshabituer nos malades d'aller à Paris, dans le but d'y faire contrôler par le premier venu nos diagnostics et notre thérapeutique. Cette manière de faire sera profitable à tous : à nos clients qui seront soignés chez eux, beaucoup mieux et à moins de frais, à nous-mêmes qui éviterons ainsi l'indifférence dédaigneuse, les insinuations et commentaires blessants pour notre amour-propre, fâcheuse pour notre réputation, de confrères ou méprisants ou malveillants, toujours incorrects, qui ne s'occupent de nous, quand ils s'abaissent jusque-là, que pour nous déprécier — en un mot, des confrères malhonnêtes.

Montargis, le 10 octobre 1902.

Dr Fr. Souesme,
Membre du Concours Médical et du Sou Médical.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La discipline syndicale.

Mr le Dr Stagienski, après avoir reproduit dans la *Loire médicale* le feuilleton du Concours signé : *Laudator temporis acti*, ajoute les commentaires suivants :

« C'est très vrai, hélas, et bien triste aussi et profondément regrettable pour la dignité du Corps médical, dont le prestige s'en va peu à peu.

« Ce nouveau venu dans la carrière qui, pour recruter des clients chante à la grand'messe, est grivois au café, libre-penseur au cercle, dreyfusard chez le banquier et nationaliste au château,

ce produit du tournant de l'histoire, ni chair, ni poisson, ne me dit certes rien qui vaille ; cependant, je le plains encore plus que je ne le blâme, puisqu'il est le produit logique de son temps. Est-ce sa faute, d'ailleurs, si, en fait d'éducation, il n'a reçu que celle qui se résume en ces deux mots : *conquête d'argent et jouissance immédiate.* Aussi, quand il a eu son diplôme, sa fonction sociale ne lui apparut que sous l'aspect d'une entreprise médicale et d'une boutique de santé qu'il fallait achalander sans délai et par tous les moyens.

« Les règles de la déontologie professionnelle, les devoirs qu'elles comportent envers ses confrères et envers lui-même, ces vestiges d'un monde vieilli et sans ressort, à son avis, ne devaient pas l'embarrasser et, en effet, ne l'embarrassent nullement.

« Les Sarrasins et les Normands avaient-ils des égards aux mœurs et coutumes des sociétés civilisées qu'ils attaquaient, combattaient, humiliaient et déshonoraient souvent en se partageant leurs dépouilles toujours ? Ils étaient jeunes et vigoureux; ils venaient de loin et ils avaient faim.

« Les conquérants d'aujourd'hui ne viennent plus d'Asie, ni de Germanie, ils viennent de l'intérieur, de chez nous ; leurs grossiers procédés ressemblent aux procédés des Barbares, ils ont seulement changé de nom : ils se nomment arrivistes ou encore strugleforlifistes. Ceux-là avaient faim de pain, ceux-ci des soupers en joyeuse compagnie. Voilà toute la différence.

« Ils sont dangereux, étant instruits. C'est vrai. Sans doute, les maîtres de nos facultés et de nos hôpitaux ont fait tout leur possible pour améliorer ces sauvageons, les greffer et les adapter au milieu où ils devaient vivre et agir. Mais il faut croire que ce fut en vain. Ils ont fait comme certains ceps américains greffés : après avoir donné un fruit au goût indécis et de valeur médiocre, ils dégénérèrent et revinrent à leur sève primitive, laquelle, chez nos barbares, est industrialisme et mercantillisme. Le consommateur s'est longtemps contenté du produit américain, il a bu de ce vin jusqu'à la..... dyspepsie. Va-t-il se contenter longtemps du nouveau type social introduit par lui-même dans notre domaine ? C'est possible ; c'est même probable puisque ce type est sa création exclusive.

« Notre confrère X... semble de cet avis. Ecœuré et découragé, il jette le manche après la cognée, tire sa révérence et rentre sous la tente. Le mal serait-il vraiment si grand, si généralisé et si incurable que ce digne confrère plein de talent et d'expérience nous quitte sans même essayer de formuler une ordonnance, de réagir contre l'infiltration de ce poison, dont se meurent notre vieille dignité, notre prestige et notre bien-être matériel ?

« On signale à la vérité des cas assez nombreux de ces nouvelles mœurs professionnelles, un peu partout. Le malaise est profond, mais s'en suit-il qu'il n'y a rien à faire autre chose qu'à se résigner ?

« Eh non, cher confrère, non. Le tableau de nos misères communes que vous avez peint si bien est instructif, mais il montre surtout qu'il ne suffit pas de se pénétrer de la pensée du *Concours médical*, (sa pensée d'il y a vingt-quatre ans), mais qu'à son exemple il faut agir, comme il le fait lui-même aujourd'hui, se défendre énergiquement et repousser toute attaque dirigée contre nos prérogatives morales et matérielles, d'où qu'elle vienne. L'entente amicale basée sur les sentiments confraternels ne suffit plus à l'heure actuelle pour empêcher l'apparition, dans notre famille, de ce phénomène charlatanesque qu'est votre jeune docteur de Ville-aux-Oies, comme elle est également impuissante à empêcher sa reproduction.

« Pour vivre et prospérer, une entente amicale suffisait autrefois aux divers groupements sociaux. Avec le progrès, qui, en créant de nouveaux besoins à l'homme, a modifié le milieu — et par conséquent le type social — ces groupements, pour exister, se sont vus obligés de s'armer et de lutter les uns contre les autres.

« C'est-là l'éternelle mêlée sociale.... Et nous en sommes comme tout le monde.....

« Constatons simplement le fait qui, seul, nous intéresse ici.

« Facteur important dans la vie sociale, aurions-nous la prétention d'être à l'abri des attaques de leur part ? Comment notre situation les laisserait-elle indifférents ? Et si, jusqu'à cette heure, on ne nous a livré que des petits combats d'approche, c'est parce qu'ils croient notre citadelle corporative encore trop solide pour la prendre de vive force et nous soumettre à discrétion.

« En attendant, ils se ménagent des intelligences dans notre camp ; ils séduisent quelques-uns de nos soldats, ils s'en font des alliés ; ils les domestiquent en les couvrant d'or, et provoquent leur désertion avec armes et bagages.

« Cette perte n'est peut-être pas une grande perte pour nous..... de tels défenseurs..... mais notre cohésion en souffre tout de même. — Souvent, ils nous sont totalement inconnus, comme le « jeune » dont vous parlez, mon cher confrère, car certainement ni à vous, ni aux autres anciens, il n'a fait visite.

« Vous l'aviez vu arriver dans le pays, entouré, accaparé, conseillé et protégé non pas par vous, son conseiller, son protecteur naturel, mais par tout le monde en dehors de vous et de lui, organisé en collectivités sur une base officielle et obligatoire, la *solidarité*, qui vous a déjà directement ou indirectement, au détriment de vos intérêts matériels et de votre délicatesse professionnelle, imposé ses exigences, qui croit fermement, parce qu'il est le nombre, avoir sur vous tous les droits à la façon d'un maître sur son serviteur soumis et docile.

« Votre délicatesse a été choquée. Aussi, drapé dans votre dignité, vous couvrant des mérites de toute votre vie d'abnégation et d'honneur, vous avez pris l'attitude du sénateur romain assis dans sa chaise curule en face de l'invasion ; habitué jusque-là au respect de tous, vous vous attendiez qu'on s'inclinerait devant vous, qu'on respecterait votre haut caractère, comme le faisaient auparavant les gens civilisés suivant votre norme ? Hélas...! L'envahisseur n'a rien compris à votre attitude — et s'il ne vous a pas tiré la barbe, c'est que vous êtes parti à temps.

..... Vous vous êtes éloigné sans répondre à sa provocation. Vous ? un ancien, un bon, un chevronné !... Vous abandonnez la place « sans bouter l'ennemi hors » ?.....

« Aujourd'hui, comme jadis d'ailleurs, pour avoir raison de l'adversaire, l'attitude ou les sa-

ges paroles ne suffisent pas. Il faut accepter la lutte et se battre, mais avec des armes plus modernes et partant plus efficaces.

« Ces armes nous les avons. Nous avons aussi une armée à opposer à l'armée ennemie. Il faut seulement qu'elle soit aussi solidement, aussi complètement organisée que celle de nos adversaires. Est-ce difficile? Non, puisque nos syndicats existent aussi légalement que les syndicats et autres collectivités adverses et que nos armes comme les leurs se trouvent dans la loi.

« Il faut vouloir seulement..... et descendre dans l'arène.

« Ceux qui n'ont pas craint de se mesurer avec l'adversaire ont vu leurs efforts couronnés par la victoire. Voyez plutôt les résultats déjà obtenus par les syndicats des Deux-Sèvres, par la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais en ce qui concerne les Compagnies d'Assurances contre les accidents de travail, sociétés de secours mutuels, etc ; lisez le jugement du Tribunal civil de Bourgoin, confirmé par celui de la Cour d'appel de Grenoble en ce qui concerne le cas d'un déserteur du syndicat passé à l'ennemi armes et bagages et sa condamnation à un chiffre important de dommages et intérêts..... et la condamnation morale qu'elle entraîne..... Regardez l'organisation moderne du Syndicat de Versailles.

« Ce sont en vérité des résultats encourageants.

« Il serait, sans doute, hors de propos d'insister davantage sur l'action de divers syndicats dont les efforts raisonnés et légaux ont été couronnés de succès, dans ces derniers temps. Bon nombre de lecteurs de la *Loire Médicale* lisent certainement l'hebdomadaire *Concours Médical* et ils sont déjà au courant, des faits et gestes des syndicats médicaux.

« Mais puisque vous voilà ramené sur notre propre terrain, ne serait-il pas opportun, avant de clore ce commentaire de la lettre du docteur X..., de demander où en est notre syndicat de Saint-Etienne, et quels sont ses faits et gestes depuis qu'il ne nous a été donné de répondre à aucune convocation de sa part, c'est-à-dire depuis le mois de janvier, ou février dernier ? Tout irait-il pour le mieux et n'y aurait-il plus aucune difficulté entre nous et les diverses collectivités qui usent et abusent de nous ; pas le moindre différend entre l'un de nous et les sociétés d'assurances par exemple, pas de différend non plus entre confrères qui feraient profit et amusement du bon public ou de quelques habiles qui se gaussent de nous sans en avoir l'air ?

« Ce serait vraiment étonnant, car naguère encore nous en avions des cas litigieux et intéressant notre corporation pour plus d'une séance générale.

« Aujourd'hui même, sans trop chercher, on trouverait du nouveau. Je n'en veux pour preuve que ce dialogue entre deux promeneurs entendu, au mois de mai, place de l'Hôtel-de-Ville.

— « Vous savez notre confrère X..., médecin de la Compagnie d'assurance.....

— « Oui, il en est très content, il est bien avec l'agence et « honoré » raisonnablement ; eh bien, qu'y a-t-il ?

— « Il y a qu'un agent d'affaires, Z..., que vous connaissez peut-être, se fait fort de lui enlever cette place au profit du docteur Y..., moyennant 300 fr.

— « Vous plaisantez ! »

« Nous ignorons si le docteur Y... a payé les 300 fr. Toujours est-il que c'est lui qui, depuis un mois, occupe la place du docteur X.....

— Il paraît que l'un et l'autre font partie du Syndicat.....

Caveant consules ? »

Dr S..

REPORTAGE MÉDICAL

Conférences de stomatologie. — Ces conférences commenceront le vendredi 9 janvier 1903, à 8 heures 1/2 du soir, dans l'amphithéâtre de la société de Chirurgie, 12, rue de Seine, et seront continuées à la même heure les mardi et vendredi.

Ces conférences seront faites par MM. Sebileau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux : Anatomie et Pathologie péribuccale. — Gastou, chef de laboratoire à la faculté de médecine : Physiologie, histologie et bactériologie de la bouche. — Chompret, dentiste des hôpitaux : Pathologie buccale. — Cruet, dentiste des hôpitaux : Pathologie dentaire. — Rodier, dentiste des hôpitaux : Dentisterie opératoire. — Gaillard, dentiste des hôpitaux : Prothèse.

Une carte donnant droit d'assister à toutes les conférences sera délivrée par le concierge de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, moyennant le versement de la somme de 10 francs. Cette carte portera l'ordre exact des conférences.

Faculté et Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — M. Chauffard commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 13 décembre à 10 heures et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Mutations dans les hôpitaux (médecine). — M. Siredey va à l'Hôtel-Dieu ; M. Petit, à la Charité ; M. Duflocq à la Charité ; M. Gaillard à Lariboisière ; M. Hirtz, à Necker ; M. Dreyfus-Brissac, à Beaujon ; M. H. Martin à Bichat ; M. Renon à Saint-Antoine ; M. Parmentier à Saint-Antoine ; M. Le Gendre à Lariboisière ; M. Bourcy à Laënnec ; M. Morel-Lavallée à la Charité ; M. Claisse à la Pitié ; M. Le Noir à Saint-Antoine ; M. Mosny à Saint-Antoine ; M. Jeanselme à Tenon ; M. Jacquet à Tenon ; M. Caussade à Tenon ; M. Lion à la Pitié ; M. Lesage à Herold ; M. Méry à la Rochefoucauld ; M. Boulloche à la Maison de santé ; M. Thiroloix à Debrousse.

Concours. Internat. — Le jury du concours de l'internat est définitivement composé de MM. Parmentier, Aviragnet, Sevestre, Letulle, Albarran, Guinard, Guillemin, Boissard, Demelin, qui ont accepté.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4860. — M. le Docteur Bories, d'Arzew, (Oran), présenté par M. le Docteur Achard, d'Aïn-Témouchent.

N° 4861. — M. le Docteur Grassin, de Fontenay-Rohan-Rohan (Deux-Sèvres), membre de l'Association et du Syndicat des Deux-Sèvres.

N° 4862. — M. le Docteur Baudin, d'Aprey, (Haute-Marne), présenté par M. le Docteur Sorel, du Havre.

N° 4863 — M. le Docteur de Font-Réaulx, de Paris, présenté par M. le Docteur de Font-Réaulx, père, de Saint-Junien et membre du syndicat de la Haute-Vienne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Guiton, d'Arvert (Charente-Inférieure), et Marion, de Brest (Finistère), membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

NOTA

Les cotisations annuelles doivent être adressées au Trésorier dans le courant du mois de janvier. Cependant elles peuvent être aussi envoyées en deux fois, moitié en janvier, moitié en juillet.

Les membres du Sou Médical qui sont en même temps membres de l'Association Amicale pour la délivrance de l'indemnité maladie faciliteront la besogne du Trésorier en envoyant simultanément les deux cotisations.

Les noms des membres admis, avec leurs numéros de répertoire, sont publiés dans le journal le *Concours Médical*. Il n'est pas envoyé d'accusé de réception particulier.

Le défaut de paiement de la cotisation annuelle entraîne de plein droit la radiation.

Vingt-quatrième année. N° 51 20 DÉCEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE :

PROPOS DU JOUR

Aux médecins victimes du Krach de l'« Espérance »

Ceci se passait jeudi dernier, à la séance de la Commission permanente du *Sou Médical*.

Le secrétaire général M. de Grissac, déposa sur la table et lut un paquet de lettres dont le contenu, assez uniforme sous la variété de l'expression, se résumait en ces termes :

« J'étais, pour mon petit coin, *le* médecin de l'Espérance, cette compagnie d'assurance-accidents, que les exploits de son tout puissant directeur viennent de faire mettre en faillite. Pour les soins que j'ai donnés aux ouvriers de ses assurés, il m'est dû la somme rondelette de... Comment me ferai-je payer ? »

Deux des correspondants ajoutaient navrés et furieux : « Et dire que, pour obtenir d'être *le* médecin de cette Compagnie, j'ai dû sur l'injonction de l'agent, contracter pour moi-même une assurance ! Suis-je assez bien couvert maintenant que j'ai versé ma prime ! »

Nous étions là cinq : Maurat, H. Cézilly, Divernerosse, de Grissac et Jeanne.

Eh bien ! pas un de nous n'a manifesté d'étonnement, car nous savons, à l'usé, l'incommensurable confiance de beaucoup de médecins dans ce mythe : la valeur des *paroles* d'un agent des Compagnies d'assurances non alliées au corps médical.

Pas un, non plus n'a obéi au premier mouvement qui eût consisté à dire :« Tu l'as voulu, ne t'en plains pas ». Et, pourtant, n'était-il pas humiliant de voir ce spécimen des résultats de notre prédication de quatre années et de notre lutte acharnée contre la plus idiote et la plus invétérée des marottes médicales ?

Mais, nous étions au «Sou médical »c'est-à-dire sur le canot de sauvetage toujours sorti à la recherche des naufragés ou de ceux qui courent à l'écueil.

Et Divernerosse, le maltraité d'hier, a jeté tout de suite la bouée.

Je propose, a-t-il dit, que le *Sou médical* recueille au plus vite les noms des confrères, quels qu'ils soient, qui sont victimes du krach de l'« Espérance ». Il suffit qu'un seul de ceux-là en réclame la liste au syndic de la faillite. Quand nous posséderons celle-ci, nous nous tiendrons à la disposition de tous les intéressés pour les aider à se constituer en Syndicat de créanciers, ce qui leur assurera le moyen de faire valoir leurs droits avec le minimum de dérangements et de frais. Au besoin, pour ceux qui seront membres du « Sou », nous pourrons prendre à notre charge leur part du déboursé. »

Et Maurat d'ajouter devant notre approbation enthousiaste ;

« Nous chargeons, n'est-ce pas, M. de Grissac de faire toute diligence pour réaliser cette proposition, et le prochain numéro du *Concours* publiera l'appel aux intéressés que contient cet extrait de notre procès verbal ». (*Adopté à l'unanimité.*)

Pour copie suffisamment conforme,

H. JEANNE.

Au moment de mettre sous presse nous recevons la lettre suivante, qui prouve que dans cette société du *Sou médical*, les actes suivent de près les promesses.

Mes chers amis,

Depuis la réunion de jeudi, je me suis mis en campagne au sujet de l'action décidée pour venir en aide aux nombreux médecins engagés dans la faillite de « l'Espérance ».

Voici ce que j'ai appris :

Le nombre des médecins créanciers est d'environ 1.100.

Le chef du contentieux de la Société veut créer un syndicat des créanciers médecins moyennant 10 % sur les sommes dues..

Voici ce que j'ai fait :

Je me suis procuré la liste des médecins de Paris, créanciers de la Société. Je leur ai à tous envoyé une circulaire pour se réunir au Bureau du Concours afin d'y former une union de créanciers.

J'ai vu Me Gatineau, qui m'a donné la formule d'une procuration à faire signer. J'ai délégué un de ces messieurs auprès du Syndic pour avoir la liste de tous les médecins de la Compagnie.

Voici ce que je compte faire :

Aussitôt le groupe parisien constitué, envoyer une circulaire à tous les médecins de province, et les unir pour une action commune, les médecins, faisant eux-mêmes leurs affaires et bénéficiant des remises que le chef du contentieux se serait octroyées.

Le médecin créancier est-il membre du Sou ? il a l'aide de la Société moralement et pécuniairement.

Le médecin créancier ne fait-il pas partie de notre groupe ? il ne recevra que l'aide et l'appui moral et usera de notre organisation.

Bien cordialement,

Dr de Grissac.

La Ligue scolaire des Médecins et des familles.

Voici encore une œuvre intéressante à laquelle le *Concours* s'applaudit d'avoir donné l'appui dont il disposait. En quelques mois, son Bureau a réussi à l'organiser assez solidement pour qu'elle soit déjà en mesure d'*agir* de la façon la plus utile. C'est le sentiment que nous avons emporté de l'Assemblée générale à laquelle nous avons assisté le dimanche 7 décembre.

Nous ne reproduisons pas ici les deux exposés lus par M. le Dr Le Gendre, président, et M. le Dr A. Mathieu, secrétaire général. Leur place naturelle est dans le premier numéro du Bulletin dont la création a été votée. Mais, constatons que nos amis marchent avec méthode et précision vers un but déterminé, à la poursuite duquel l'écolier, l'enseignement, les familles et les médecins trouveront certainement leur compte.

Il importe même d'insister, dans ce journal qui ne s'écarte jamais de ses préoccupations professionnelles, sur une question de notre vieux programme qui a été soulevée par M. Le Gendre, à propos de lettres adressées par des praticiens : nous voulons parler de la nécessité d'organiser partout, les services départementaux de l'*Inspection médicale des écoles*. L'assemblée a voté un ordre du jour chargeant son Bureau de presser le Ministre de rappeler, par circulaire, aux Préfets et aux Conseils généraux, l'urgence de cette organisation, préliminaire indispensable de l'application de la loi sur la santé publique, car, dans la lutte contre les maladies évitables, on ne conçoit pas de résultats possibles, si la surveillance hygiénique des écoles et des écoliers n'est pas méthodiquement réglée.

Cette décision, ce premier acte de la Ligue, constituent, à notre avis, un appel à la collaboration de chacun de nous, appel qui résulte de ce que notre intérêt professionnel marche toujours d'accord avec l'intérêt général.

Il faut que chaque praticien, en adhérant à la Ligue et en y faisant inscrire les pères de famille qui l'environneront (la cotisation personnelle minima s'élève à 2 fr.) gagne voix au chapitre pour dire, dans le Bulletin qu'il recevra, comment il comprend cette surveillance médicale des écoles de sa clientèle, comment il peut, aidé de son groupe de familles, en obtenir la réalisation. Appelé à rendre là de nouveaux services d'ordre technique, il faut qu'il précise comment, dans quelles conditions de périodicité, de partage de la tâche, de rémunération, de sécurité pour son mandat, etc., il lui sera permis d'assurer ces services. Il faut qu'il assure à la Ligue l'appui des groupements, dont il fait partie, en y recrutant des adhérents : les Sociétés d'encouragement, les Caisses des écoles, les Délégations cantonales, les Associations d'anciens élèves, etc., ne refuseront certes pas leur concours.

Et quand il aura fait cette œuvre de propagande, recueilli le consensus de toutes ces bonnes volontés trop souvent inertes, il arrivera ceci, qui est fort rare : c'est qu'il aura mis le Corps médical en posture d'organiser lui-même, par son influence, un service public des plus indispensables, et dans les conditions où il nous plaît de le voir organisé.

Que si, au contraire, les médecins restent encore spectateurs dans la circonstance, s'ils ne savent pas donner 2 francs et en faire donner autant à leurs amis et collègues des groupements, dont nous parlons, pas n'est besoin d'être grand clerc pour prévoir ce que leur réserve un avenir prochain.

Ce sera, tout simplement, sans la Ligue, l'application générale de la loi de 1886 qui prévoit l'inspection médicale des écoles, mais qui laisse aux Conseils le soin de l'organiser. Cette application à bref délai est en effet rendue inévitable par celle de la loi sur la santé publique : donc elle se fera. Mais comment ? Sans nous, contre nous quelquefois, au milieu des mêmes errements que pour la loi de 1893, que pour la loi Roussel.

Il sera bien temps de nous lamenter après !

Chers confrères, voulez-vous m'en croire ? Allons tous à la Ligue avec un cortège de pères de famille : allons-y avec la promesse de lui fournir le concours de nos Syndicats, de nos Sociétés professionnelles et des groupements divers dont nous faisons partie.

Le geste sera beau, cela va sans dire, digne de l'éternelle mission du Corps médical.

Mais permettez aussi au *Concours* de vous affirmer qu'il sera en même temps sage et prudent.

Si vous nous avez mis en vigie, c'est pour guider votre marche, et signaler les écueils où les courants vous portent, même quand vous vous croyez immobiles.

C'est ce que nous venons de faire avec le vif désir d'être entendus dans ce nouvel appel à une belle initiative.

L'accord général pour la réforme de l'enseignement médical.

Nos assemblées générales viennent de nous retremper et nous ont mis en présence d'un nouveau programme d'études pour cette année.

Parmi celles-ci, au premier plan, se dresse l'œuvre de longue haleine qui a nom la *Réforme de l'enseignement médical*.

Nous sommes désormais bien fixés sur ce que désirent à ce sujet les praticiens qui composent notre Société. Par les communications adressées au journal, par l'échange de vues résultant des conversations du 16 novembre, l'accord s'est établi entre nous.

Il est apparu en même temps que rien ne serait fait sans une transformation notable du régime actuel.

Mais, devant cette constatation inquiétante, beaucoup nous ont dit : « Vous ne réussirez pas, car vous allez trouver en travers de vos projets tous ceux qui se sont destinés à l'enseignement, et ceux que les concours ont séparés de vous pour en faire des privilégiés, des « *Officiels* ! »

Eh bien ! reconnaissons d'abord que, peu habitués à nous contenter de mots, nous n'avons jamais bien su ce qu'on voulait désigner par ce qualificatif qui dispense de tout argument. Avec bon nombre de ceux qui remplissent à la Faculté, dans les Hôpitaux, ou ailleurs, des fonctions officielles, nous n'avons jamais cessé d'entretenir les plus cordiales relations : nous les trouvions au même diapason que nous quand nous les consultions sur nos projets : ils nous prêtaient leur concours quand nous le réclamions ; et, jamais, l'indépendance, dont nous sommes ici plus jaloux que qui que ce soit, n'a eu à sacrifier, dans ces fréquentations, un pouce de ses privilèges.

De là à conclure que l'état d'âme de la plupart des confrères du corps de l'enseignement ne saurait différer radicalement du nôtre, il n'y a vraiment pas loin, et on en peut déjà déduire pourquoi, *à priori*, nous ne nous sommes pas laissés arrêter par une soi-disant hostilité générale qui ne nous était nullement démontrée.

Mais il y a mieux à dire pour convaincre les timides. Depuis deux ans, pendant que nous n'envisagions la réforme de l'enseignement médical que comme un des remèdes à l'encombrement, bon nombre de maîtres ont agité la question dans la presse médicale, en se plaçant au point de vue qui est aujourd'hui le nôtre. Nous avons sous les yeux ce qu'ont écrit, dans le *Bulletin médical*, Mr le Pr Truc, (de Montpellier); M. Bousquet, directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand ; M. Henrot, directeur de l'Ecole de Reims; M. Deroye, directeur de l'Ecole de Dijon ; M. Chénieux, directeur de l'Ecole de Limoges, M. de Lapersonne, alors doyen de la Faculté de Lille, et aujourd'hui professeur à Paris ; M. R. Brunon, directeur de l'Ecole de Rouen ; M. Auvray, directeur de l'Ecole de Caen ; M. Bordier directeur de l'Ecole de Grenoble ; M. Caubet, doyen de Toulouse. — Nous nous rapppelons aussi avoir lu jadis, dans la *Tribune Médicale*, des communications du même genre provoquées par M. le Professeur Laborde. Enfin nous avons précieusement collectionné la série d'articles que donna, sur ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*, il y a deux ans, M. le Dr A Broca, agrégé et chirurgien des hôpitaux de Paris.

Et quelles étaient les idées que défendaient ces confrères du corps enseignant ? Les nôtres, absolument les nôtres, et si bien les nôtres, que c'est à peine si vous trouveriez une ou deux variantes notables entre le bloc de vos communications récentes au journal, et le tout que constituerait, par exemple, la codification des vues de M. A Broca.

Si nous constatons d'autre part que c'est après avoir approuvé, par lettre publique, M. le Dr Broca, que M. le Pr Mayet, de Lyon, a rédigé le questionnaire-referendum, que nous vous avons soumis, n'arrivons-nous pas à conclure que l'accord est à peu près parfait entre les médecins, et sur l'urgence de la réforme de l'enseignement médical, et sur le sens dans lequel il convient de l'effectuer ?

Nous aurons donc, avec nous tous, ceux qui pensent, prévoient, parlent ou agissent avec le souci de l'intérêt général de notre belle profession : c'est la masse chez les membres du corps enseignant, vous le voyez, comme parmi les praticiens. Que pourrait contre elle la résistance de quelques hommes, devenus inertes parce que l'âge, les situations acquises, le charme des vieilles habitudes, l'amour sénile pour le *statu quo*, ont éteint chez eux le goût du salutaire progrès? Elle serait nulle, cette résistance, ou du moins incapable de se produire au grand jour, car elle n'a pas d'armes pour la discussion et ne pourrait se réfugier que dans l'argutie, l'intrigue vite démasquée, les fins de non-recevoir et autres moyens de défense de même fragilité.

Sans crainte donc, allons de l'avant, chers confrères, groupés autour de la Commission que vous avez chargée de préparer le nouveau plan d'études, et qui, dès les premiers jours de 1903 se mettra au travail avec acharnement, sans esprit de coterie, l'oreille ouverte à tous et uniquement préoccupée du bien commun. H. J.

N. D. L. R. — Nous venions d'écrire ces lignes quand nous est arrivée la communication suivante, à laquelle nous n'hésitons pas à donner le titre qui convient, car il s'agit d'un premier pas fait par la Faculté elle-même dans le sens que nous désirons.

Une bonne nouvelle.

Mon cher Directeur,

Puisque vous faites appel à tous vos adhérents pour avoir leur avis sur l'état de l'enseignement médical en France, sur ce qu'il est, sur ce qu'il devrait être, permettez-moi de signaler la discussion, actuellement pendante devant le Conseil de la Faculté de Paris, sur la réforme de l'agrégation.

C'est, me direz-vous, un bien petit point d'une question générale, où seul l'ensemble importe. Cet avis n'est pas le mien.

L'intérêt des agrégés n'a, pour le corps médical, aucune valeur, s'il n'est lié directement à l'intérêt de l'enseignement. Or ce lien existe, intime, indissoluble. M. Le Gendre nous a dit, avec le grand bon sens qui le caractérise, que dans l'état actuel des choses, l'étudiant n'apprend rien à la Faculté, tout, au contraire, dans les hôpitaux, au contact et sous la direction des chefs de service. Il a parfaitement raison, et quel que soit le régime scolaire, ce sera toujours à l'hôpital que les étudiants amasseront le meilleur de leur bagage scientifique.

Mais l'étude au lit du malade n'est fructueuse que pour un étudiant qui possède sur la pathologie les notions théoriques premières,

fondement indispensable d'une instruction pratique judicieuse. A cette préparation, doit servir la Faculté, par les cours, par les examens.

La Faculté de Paris remplit-elle cette fonction ? En rien, et, avec le régime actuel de l'agrégation, c'est inévitable.

Vous prenez un homme encore jeune, aux environs de 35 ans, et, pour 9 ans, vous le nommez agrégé, avec 4000 fr. d'appointements. Pendant ce temps, il fera deux conférences complémentaires, sur un sujet qu'on lui imposera 3 ou 4 mois à l'avance.

Forcément, il se désintéressera d'une carrière didactique où il n'a aucun avenir; il fera en général un cours médiocre, où ses préoccupations personnelles seront au premier rang. Un enseignement n'est bon, à la fois pour le maître et pour l'élève, que s'il est continu, et s'il porte sur un sujet longtemps mûri.

Cet agrégé désabusé devient professeur entre 50 et 60 ans : ce n'est plus l'âge de l'enseignement théorique élémentaire, mais bien celui de la clinique.

On nous dit : il n'y a pas d'élèves aux cours de la Faculté. C'est parce que ces cours sont mal faits. On en connaît qui sont professés devant deux ou trois auditeurs dans un coin de laboratoire ; mais croyez-vous qu'un élève va aller écouter 40 leçons sur un petit point de science qui intéresse un chercheur ? Et croyez-vous qu'un homme de 55 ans va s'atteler à la besogne ingrate de préparer un cours théorique pour débutants ? C'est bon pour un jeune, tout frais émoulu des concours.

Faites aux agrégés une situation morale et matérielle convenable dans le corps universitaire et vous pourrez exiger d'eux un travail utile, coordonné, par lequel ils deviendront fort supérieurs à l'enseignement par le livre.

Voilà pour l'enseignement.

Pour les examens, c'est la même chose. Ils ne seront une sanction réelle que s'ils sont le couronnement d'un enseignement régulier. Programme de cours et programme d'examens doivent être la conséquence logique l'un de l'autre.

Je m'en tiens à ces brèves réflexions avant de vous faire connaître dans ses grandes lignes le projet mis en discussion devant la Faculté de Paris, sur l'initiative de son nouveau doyen, M. Debove. On en trouvera le texte complet dans la *Gazette hebdomadaire*.

Les conditions du concours n'ont rien à voir ici. Mais le point capital est la manière dont sont comprises, dans le rapport déposé par M. de Lapersonne, au nom de la Commission, les fonctions attribuées aux agrégés.

Ces agrégés, nommés de façon définitive, auraient droit à une retraite à partir de 65 ans, après 30 ans de services. Ils seraient répartis de façon régulière entre les chaires générales et spéciales et :

« Les agrégés sont chargés de conférences spécialement destinées à la préparation des élèves aux examens. Tous les ans, le doyen arrête le programme, ainsi que le nombre de ces conférences et désigne les agrégés qui en seront chargés, après avoir soumis ses propositions au Conseil ».

De là peut sortir un programme d'études réellement utile.

Or il semble qu'enfin ces réformes aient quelque chance d'aboutir. Car il y a quelques jours, le Conseil de la Faculté a commencé la délibération et a d'abord déclaré qu'il fallait disjoindre deux questions : le mode de recrutement et les fonctions. Il a mis à l'étude avant tout la deuxième question et a adopté *à l'unanimité* (toutes les mains ne se sont pas levées au vote, mais aucune ne s'est levée à la contre-épreuve) le projet de la Commission sur ce point.

Les choses en sont là ; il m'a paru intéressant de vous les signaler, car le vent souffle de plus en plus à ce que l'agrégation devienne une carrière, pour la médecine comme pour toutes les autres branches de l'enseignement supérieur. Peut-être penserez-vous, comme moi, que c'est capital, car quand on aura un corps suffisant de professeurs et d'examinateurs, on pourra songer à organiser des cours et des examens.

Dr Echo.

LA SEMAINE MÉDICALE

La méralgie paroxystique.

D'après M. *L. Morel*, dans le *Progrès médical*, la méralgie paroxystique est caractérisée par des troubles de la sensibilité cutanée de la face externe de la cuisse, tenant à une altération des rameaux périphériques superficiels et, en particulier, du rameau crural du fémoro-cutané. C'est, en somme, une *névrite du fémoro-cutané*. Comme étiologie, on peut accuser toutes les maladies infectieuses, les intoxications par le plomb et l'alcool, l'arthritisme avec état hémorrhoïdaire et variqueux, les refroidissements, les traumatismes.

Etant donné la fréquence de la méralgie en gynécologie chez les femmes enceintes, chez celles atteintes de fibromes de l'utérus, de métrites chroniques (Vautrin, de Nancy) : — (observation de Lalanne, de Nancy), on accuse les compressions diverses soit radiculaires, soit intra-pelviennes, soit externes.

Les malades atteints de méralgie accusent une douleur intermittente en un point limité de la face externe de la cuisse. Cette douleur survient toujours à l'occasion d'une marche forcée ou d'une station debout prolongée. Elle est très aiguë. Elle disparaît quelquefois lorsqu'on fléchit la cuisse sur le bassin, ne se produit jamais dans la station assise, mais dans les cas anciens apparaît quelquefois pendant le décubitus avec une allure subaiguë et plus tenace.

En dehors des crises aiguës et au niveau de la zone qui était douloureuse, zone bien délimitée, de forme ovalaire, dessinant le territoire crural du fémoro-cutané, les malades accusent une sensation d'engourdissement. En ce même point, les sensibilités douloureuses et thermiques sont presque totalement abolies, tandis que la sensibilité tactile est conservée. Dans quelques cas, pendant les crises douloureuses, survient comme une sensation de brûlure de courte durée. Après l'injection d'un milligramme de nitrate de pilocarpine, Sabrazès et Cabanès signalent un refroidissement local et une absence de réaction sécrétoire au niveau de la méralgie. Les recherches de Lalanne (*Société de Médecine* de Nancy, 1900) ne confirment pas ces faits. Quelquefois

le rameau fessier du fémoro-cutané est aussi atteint.

En raison de la dissociation de la sensibilité, et de la localisation exacte des phénomènes douloureux, le diagnostic avec certaines névralgies hystériques est facile à faire.

Comme traitement, on a employé le massage, l'électrisation, la révulsion, etc. A l'exemple de Vanasbeck, Chipault et Souques ont pratiqué la résection du fémoro-cutané.

Erysipèle de la face.

Un de nos confrères, assidu lecteur du *Concours*, M. le Dr Marcel Meunier, de Sully-sur-Loire (Loiret), nous recommande chaleureusement une méthode de traitement qui lui a toujours donné de bons résultats dans les cas d'érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Cette méthode consiste en applications de la pommade suivante en frictions :

Menthol	40 g.
Camphre pulvérisé	11
Salicylate de méthyle	60
Gaïacol	9
Vaseline	180
Lanoline	250
Total	550

Un pot de 30 grammes suffit généralement. Il faut avoir soin de recouvrir la région frictionnée d'ouate et de taffetas gommé.

Cette même pommade donne d'assez bons résultats sur les articulations gonflées par le rhumatisme.

Procédé pour déceler l'oxyde de carbone dans un appartement.

Récemment, à propos de la mort tragique du romancier célèbre que l'on sait, un de nos assidus lecteurs nous posait cette question de véritable actualité : « Peut-on, par un procédé pratique, déceler rapidement la présence de l'oxyde de carbone dans une pièce ? ». Nous répondrons d'abord ceci : Non, il n'y a pas de procédé rapide, mais il y a une méthode très sûre et à la portée de tous les praticiens, que voici : Placez pendant quelques heures un petit oiseau (serin, moineau, n'importe) enfermé dans une cage au voisinage de l'endroit où vous soupçonnez la présence de l'oxyde de carbone. Quelques traces du terrible gaz suffisent pour terrasser le petit animal. Piquez-lui alors le dessous de la langue pour avoir quelques gouttes de sang et regardez ce sang dans une petite quantité d'eau, au spectroscope.

Immédiatement apparaissent dans le spectre les deux bandes caractéristiques de l'hémoglobine oxycarbonée, entre les raies D et E, un peu à droite de celles de l'oxy-hémoglobine. En résumé, il faut un oiseau et un spectroscope tubulaire comme on en fabrique pour l'usage médical chez tous les marchands d'instruments d'optique. Mais comme réactifs chimiques, point ; ce n'est pas comme pour l'ammoniaque, le chlore, l'acide carbonique ; l'oxyde de carbone ne se combine qu'avec l'hémoglobine vivante, unie à la globuline des hématies.

Les intoxications par l'adrénaline.

Après avoir vanté les bienfaits de l'adrénaline, nous sommes obligés de signaler quelques-uns de ses inconvénients. Le *Journal des Praticiens* publie une petite étude sur les dangers que peut présenter son maniement sans prudence.

« M. le Dr *O. Von Fuerth* (*Deutsche Medic. Wochen.*) a publié un cas d'intoxication grave. Il avait injecté de l'adrénaline dans l'urèthre d'un homme pour arrêter une hémorrhagie consécutive à l'uréthrotomie. L'écoulement s'arrêta, mais le malade fut pris de syncope et des convulsions envahirent ses membres.

« Les accès syncopaux et convulsifs se répétèrent ; ils ne cessèrent qu'au bout de quelques heures.

« M. le Dr Roussel (*La Loire Médic.*, 15 novembre) avait employé le remède avec succès dans des cas divers ; hémoptysies, hématémèses, hémorragies cérébrales. Aucun inconvénient n'était survenu. La dose journalière avait été de 6, 8, 10 et même 12 gouttes pendant deux ou trois semaines.

« Dans un exemple récent, il n'a pas obtenu des résultats aussi favorables. Une femme, atteinte de métrite hémorragique, avait subi à diverses reprises des interventions chirurgicales sur les annexes, puis un curettage de l'utérus. L'écoulement sanguin reparut. L'auteur, découvrant le museau de tanche à l'aide d'un spéculum, le badigeonna d'adrénaline à 1/1000. La quantité de liquide utilisée chaque fois n'excédait pas 8 gouttes.

« En outre, le remède fut administré à l'intérieur : 5 gouttes d'abord de la solution au 1/1000, puis 10 gouttes par jour. Le lendemain vertige ; puis survinrent des angoisses, une arythmie cardiaque particulière : un groupe de pulsations régulières et bien frappées était suivi de 5 ou 6 pulsations beaucoup plus faibles. Le phénomène, continu tout le jour, s'accusa encore davantage le soir, lorsque la malade était étendue dans son lit. Au bout d'une demi-heure, le sommeil survenait, et dans la nuit les troubles circulatoires s'évanouissaient. Cet état persista tant que dura la médication. Il cessa quand on la supprima.

« De pareils accidents imposent la circonspection. Les praticiens américains donnent bien à l'intérieur jusqu'à 30 gouttes de la solution au 1/1000. Nous l'avons ordonnée à la dose de 40 gouttes à une femme atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus : cessation de l'hémorrhagie presque immédiatement. Pas d'accidents.

« MM. Souques et Morel ont usé de doses analogues (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, 20 novembre 1902) ; ils ont combattu l'hémoptysie des phtisiques à l'aide d'injections sous-cutanées d'un demi et de un milligr. d'adrénaline. Des vertiges, maux de tête, nausées, une sensation de constriction thoracique ont suivi la dose de un milligr. Celle d'un demi-milligr. paraît inoffensive. En sorte que c'est la dose d'un demi-milligr. que les auteurs conseillent contre l'hémoptysie. On recourra à un milligr. si l'hémoptysie semble dangereuse.

« A dose plus faible encore, nous avons dû interrompre le remède pour un accident d'un autre ordre chez un adulte atteint de cancer du rectum. Une dose de 3 gouttes, matin et soir, provoquait une constipation opiniâtre. C'est là

une exception. En général, les doses de 10 à 15 gouttes peuvent être prescrites sans inconvénient.

Les adénopathies à distance dans les néoplasmes de l'estomac.

M. le Dr Lucien *Goyard*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude des adénopathies à distance dans les néoplasmes de l'estomac.

D'après ses recherches personnelles, les adénopathies externes à distance sont relativement rares ; mais, quand elles existent, elles constituent un symptôme d'une grande valeur physique.

Leurs localisations les plus habituelles sont les creux sus-claviculaires et les régions inguinales. Par suite de la présence, à gauche, du canal thoracique, voie généralement suivie par les cellules cancéreuses, cette adénopathie siège cinq fois plus souvent à gauche qu'à droite. Le canal thoracique étant lui-même envahi ou non.

Le plus souvent l'adénopathie est sus-claviculaire seulement ; parfois, elle est seulement inguinale, ou bien, il y a coïncidence des deux localisations.

Ces adénopathies présentent des caractères cliniques bien définis, apparaissent généralement à la période cachectique, sont toujours indolores et peuvent atteindre un volume variable.

Il importe de les distinguer des autres adénopathies dues à l'infection banale, à la lymphadénie, à la syphilis ou surtout à la tuberculose.

Ces adénopathies dues à d'autres causes que le cancer peuvent exister chez un malade porteur d'un néoplasme gastrique. Parfois, elles peuvent coexister avec des adénopathies secondaires cancéreuses.

Mais la grande valeur des adénopathies externes consiste en ce fait qu'elles peuvent mettre sur la voie d'un cancer *latent* et apporter un élément précieux de diagnostic positif.

Il importe donc, chez tout malade soupçonné de néoplasme gastrique, *de faire toujours l'exploration méthodique du creux sus-claviculaire.*

L'apparition d'une adénopathie à distance constitue enfin, pour le pronostic, un signe du plus fâcheux augure et doit faire systématiquement écarter toute intervention chirurgicale.

Urémie convulsive. Saignée et sérum.

Le *Journ. de Med. et de chir. prat.* de L. Championnière insiste avec raison sur l'important travail de M. le Dr *Debrie*, médecin-major, in *Archiv. de méd. militaire*, concernant l'efficacité de la saignée et des injections de sérum contre l'urémie convulsive.

« Dans six cas d'urémie convulsive, survenue chez des sujets atteints de néphrite aiguë avec albuminurie plus ou moins marquée, M. Debrie appliqua cette méthode avec succès. Les malades furent pris, généralement très brusquement, ou après une céphalalgie intense, d'attaque d'éclampsie subintrants menaçant la vie à bref délai : la saignée, de 3 à 500 grammes, a été complétée deux fois par l'application de ventouses scarifiées.

« Pour les injections, M. Debrie se servait d'un irrigateur pour pansement avec tube en caoutchouc, à l'extrémité duquel on fixait l'aiguille no 2 de l'appareil de Dieulafoy.

« L'irrigateur était préalablement passé à l'eau bouillante et flambé au punch chirurgical : le tube de caoutchouc et l'aiguille était bouillis dans la solution de carbonate de soude à 2 p. 100.

« Le sérum consistait en une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000 préparée et stérilisée d'avance à la pharmacie et employée à la température de 37o.

« Les injections ont toujours été faites sous la peau du flanc après les précautions antiseptiques nécessaires. L'opération durait en moyenne 30 minutes avec l'aiguille no 2.

« La quantité injectée était de 7 à 800 grammes renouvelée les jours suivants.

« La médication conseillée par M. Debrie, bien que connue, n'est peut-être pas assez généralisée, car elle permet de sauver des malades absolument condamnés et les cas de ce genre sont assez fréquents ; mais, de plus, ils sont si inattendus, si foudroyants, qu'il faut une grande décision pour l'appliquer immédiatement. M. Paul Championnière a eu l'occasion, l'année dernière, de suivre un cas, calqué pour ainsi dire sur ceux qui ont été observés par notre confrère. Le malade âgé de 15 ans, était en convalescence d'une angine vulgaire assez bénigne ; suivi de très près, on avait constaté une légère quantité d'albumine dans l'urine ; mais la santé générale paraissait très bonne, lorsqu'un après-midi, l'enfant se plaignit d'une céphalalgie violente ; il se coucha et s'endormit néanmoins, lorsqu'il fut pris au milieu de la nuit d'une première attaque d'éclampsie, qui ne tarda pas à se calmer ; mais, deux heures plus tard, survinrent une série d'attaques subintrantes, auxquelles il aurait évidemment succombé, peut-être même avant qu'un secours étranger ait pu arriver, si le père de l'enfant, chirurgien des hôpitaux, n'eût pratiqué une saignée abondante qui fut suivie quelques heures plus tard seulement par les injections de sérum. Aussitôt après la saignée, les attaques cessèrent, mais le coma persista encore plusieurs heures ; il se dissipa ensuite graduellement, en même temps que la miction, qui était presque suspendue, se rétablit progressivement. Mais, point assez particulier, et qui du reste a été signalé en pareil cas, le malade à son réveil avait perdu momentanément la vue d'une façon presque complète et se croyait dans l'obscurité : ce n'est que vers le soir qu'il commença à voir distinctement et le lendemain ce phénomène avait à peu près disparu.

« *Il n'y a donc pas d'hésitation à avoir en pareil cas et il n'y a pas d'autre médication susceptible de donner de semblables résultats.*

« Comment ce traitement agit-il ? On admet généralement que c'est en éliminant rapidement une certaine quantité de toxines répandues dans l'économie.. Toutefois, M. Debrie rappelle que, d'après Rendu, dans l'urémie convulsive, la saignée n'agit pas uniquement en enlevant à l'économie les toxines qui sont dans le sang et auxquelles on a attribué l'urémie ; elle agirait aussi en modifiant les conditions de la circulation dont les troubles auraient une part considérable dans la genèse des accidents urémiques.

« La cause de ces troubles résulterait fréquemment d'un œdème cérébral. La saignée,

par action mécanique, le sérum, en réveillant la tonicité des vaisseaux, rétablirait l'équilibre circulatoire. Quoi qu'il en soit, une conséquence évidente des injections de sérum est l'augmentation de la diurèse, et même bien souvent la quantité des urines émises est bien supérieure à la quantité de sérum injectée. »

Indications et contre-indications des cures d'altitude.

Dans une récente leçon à la Faculté, M. le Dr Proust résume ainsi les indications et les contre-indications des cures d'altitude :

Les climats d'altitude sont des climats excitants et toniques, et, par suite, ils conviennent assez mal aux neurasthéniques.

Dans l'ordre pathologique, il y a des contre-indications absolues : les maladies du cœur et des vaisseaux, la disposition à de fréquentes hémoptysies, l'hémophilie, l'emphysème pulmonaire et l'asthme.

Il y a également des contre-indications qui sont dues à la forme de la phtisie elle-même : la forme pneumonique, par exemple, les formes à vives réactions, les formes fébriles et surtout l'étendue des lésions bien plus que leur degré.

Telles sont les différentes indications et contre-indications : un mot du *mode d'emploi des cures d'altitude.*

D'une manière générale, il faut s'acclimater. Lorsque le médecin décide qu'un tuberculeux doit aller passer une saison dans un sanatorium d'altitude, le malade, afin d'être acclimaté à l'altitude avant de l'être au froid, s'acclimatera l'été. Avant d'arriver à la station choisie, il s'arrêtera donc quelques jours, quelquefois deux semaines ou un mois, à une station intermédiaire. Actuellement les sanatoriums d'altitude se trouvent surtout en Suisse. *C'est en France qu'il devrait y en avoir le plus*, car nous avons tous les climats de montagne, depuis les collines des Alpes maritimes jusqu'aux pics de la Savoie où se trouvent les plus hauts sommets de l'Europe. J'ajoute, que, dans les Pyrénées, il y aurait d'excellentes stations d'altitude.

Mais en France, le mouvement n'est pas de ce côté: peut-être y arrivera-t-on à un moment donné, mais jusqu'ici, c'est surtout en Suisse qu'on a fait des sanatoriums d'altitude.

Une seule chose est indispensable pour une station d'hiver, et c'est par là que je terminerai. Il faut :

1° que la neige ne fonde pas, une fois tombée ;
2° trouver un endroit à l'abri de vent.

Partout où l'on a une altitude suffisante et ces deux conditions, on peut établir un excellent sanatorium.

Le sérum ioduré de Luton.

Le Dr E. Luton (de Reims) introduit dans le *sérum artificiel* de A. Luton, dix pour cent d'iodure de sodium, ce qui lui donne la formule suivante ;

Phosphate de soude......	5	grammes
Sulfate de soude...........	10	—
Iodure de sodium..........	10	—
Eau distillée............ ...	100	—

Le Dr E. Luton expose dans l' *Union médicale du Nord-Est* les avantages de ce sérum et les résultats qu'il en a obtenus.

D'après lui, l'action de l'iode introduit dans l'organisme par des injections sous-cutanées de sérum est plus sûre, plus rapide que par voie buccale et l'on n'est pas gêné par ces phénomènes d'intolérance.

L'injection se fait dans la région trochantérienne ; elle est un peu douloureuse et elle laisse une nodosité qui, cependant, n'empêche pas la marche et finit par disparaître. Avec une injection de deux centimètres cubes (0 gr. 20 d'iodure) par séance, les résultats obtenus sont satisfaisants ; les cas légers cèdent à la suite d'une injection d'un centimètre cube ; quand il y a lieu de faire plusieurs injections, on les espace de huit en huit jours.

Deux ou trois injections calment les douleurs, les névralgies, les points douloureux, reliquats d'une poussée récente de rhumatisme chronique. Elles ont influencé favorablement certaines formes de sciatique chronique. La poussée inflammatoire d'un énorme chapelet de ganglions cervicaux s'est arrêtée brusquement après une première piqûre et les ganglions se sont mobilisés sous la peau. Bref, le sérum ioduré paraît devoir rendre de grands services dans les cas où les iodures sont prescrits à doses faibles et répétées. Et c'est ainsi que le Dr Luton a commencé à l'employer contre l'artério-sclérose. (*Journ. de Méd. int.*)

D'après le Dr Luton, si le sérum qu'il emploie se montre énergique, malgré une dose relativement faible d'iodure, cela tient à l'association de l'iodure avec le sérum artificiel, particulièrement avec le phosphate de soude ; on sait, en effet, que l'association de deux ou plusieurs substances dans un médicament peut servir à exalter leurs propriétés respectives.

Le spasme de la glotte.

Dans une récente leçon clinique, M. le *Dr Méry* rapporte l'observation d'un enfant de 17 mois atteint de spasme de la glotte et l'analyse en l'accompagnant de réflexions pratiques et thérapeutiques très intéressantes.

« Cet enfant, bien conformé, d'aspect satisfaisant, a été nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de 7 mois. Sa mère a eu une grossesse antérieure menée à bonne fin. L'enfant est entré à l'hôpital pour des crises de suffocation ; tout d'un coup, le plus souvent à l'occasion de la colère ou d'un cri, l'enfant s'arrête de respirer ; un bruit inspiratoire intermédiaire entre la reprise de la coqueluche et le spasme du hoquet, une sorte de gloussement se fait entendre ; cela dure quelques secondes et la respiration reprend normale. C'est un spasme de la glotte atténué ; les symptômes asphyxiques n'ont pas le temps d'apparaître. L'âge de l'enfant d'ailleurs commençait déjà à le mettre à l'abri de ces derniers accidents. Le spasme de la glotte, fréquent entre 4 et 10 mois, diminue d'intensité avec l'âge. Plus tard, le larynx se développe, l'espace interaryténoïdien s'élargit, les occlusions spasmodiques sont bien moins à redouter.

La maladie ne reste pas d'ordinaire bénigne comme chez le bébé actuel. Le plus souvent, une fois la respiration arrêtée en inspiration, les signes s'aggravent. La tête se rejette en arrière, le regard devient fixe, les yeux se convulsent en haut et en dedans. Le pouls se fait petit, filiforme, l'enfant prend une teinte violacée. Il suc-

combe assez souvent. En une minute la mort peut-être là. Quand l'issue est favorable, une inspiration profonde annonce la fin de la crise. Mais celle-ci peut encore être compliquée de convulsions généralisées ou de tétanie avec contracture des extrémités. Le nombre des accès est variable ; on en peut compter jusqu'à 25 et 30 par jour. Lorsque les accès se répètent avec cette richesse (état de mal), l'enfant s'amaigrit et ouvre la porte à des complications infectieuses graves (broncho-pneumonies).

Les causes de la maladie tiennent à l'hérédité nerveuse, exagérée par des causes occasionnelles : la colère, les efforts, les troubles digestifs. Le spasme de la glotte signalé dans le rachitisme est provoqué sans doute par les troubles digestifs qui ont cours dans cette dernière maladie.

Le bébé actuel pourait bien relever d'une étiologie pareille. On trouve chez lui quelques signes de rachitisme greffés sur son état général d'apparence prospère. Le ventre est un peu gros ; les côtes inférieures sont légèrement écartées en dehors : on découvre quelques nouures à leur surface. Au crâne, les bosses occipitales et pariétales sont plus développées que de coutume.

Le traitement de la crise elle-même se montre assez pauvre : le médecin arrive toujours trop tard. On a parlé du tubage : comment pratiquer le tubage pour des accidents, dont la durée totale peut ne pas dépasser une minute ? Le praticien recommandera, en cas de retour du spasme, des flagellations d'eau froide sur le corps, et des tractions rythmées de la langue. Les inspirations d'éther, si les convulsions surviennent, pourront être utilisées.

Chez le nourrisson, on recommandera la reprise de l'alimentation au sein ; on supprimera le lait stérilisé.

Le spasme de la glotte atténué, tel qu'il se retrouve chez le petit malade de M. Méry, annonce parfois un spasme de la glotte plus grave qui se produira dans la suite. En ville, cette inspiration spasmodique chez un nourrisson a permis à M. Méry de prédire un spasme de la glotte qui est, en effet, survenu quelques jours plus tard. On cherchera à empêcher cette aggravation en prescrivant des antispasmodiques. La potion suivante rendra des services :

Teinture éthérée de musc.	X X gouttes.
Teinture de belladone	V à X —
Eau de laurier cerise	3 gram.
Sirop de fleur d'oranger..	20 —
Eau de tilleul	100 —

5 à 6 cuillerées à café par jour.

Au lieu de la prescrire en potion, on peut donner la teinture éthérée de muscien gouttes, V à X gouttes par jour.

M. Méry se trouve bien de l'emploi de l'antipyrine, 0,25 à 0,50 centigr. par jour.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGERE

Critique de la balnéothérapie dans la syphilis

Les diverses préparations mercurielles, sous leurs formes anciennes ou rénovées par la thérapeutique moderne, suffisent généralement à guérir la syphilis, ou tout au moins à en écarter les dangers, quand les malades possédaient un bon état de santé avant l'infection. Il est cependant des cas où l'affection, même chez des individus apparemment robustes, prend une allure torpide, altère l'état général, bref, se montre réfractaire aux médicaments spécifiques. C'est alors que le médecin est obligé de recourir à des moyens susceptibles de mettre l'organisme en état de retirer profit des spécifiques, de le préserver de la cachexie imminente ; dans ce but, il recourt à une médication tonique et reconstituante, dont fait partie la balnéothérapie. Dès qu'une syphilis semble résister aux spécifiques, dès qu'elle paraît revêtir une allure particulière dans ses premières manifestations, on peut être certain de se trouver en présence d'un individu anormal. De même, l'apparition précoce des localisations tertiaires, après une période secondaire excessivement courte, démontre la mauvaise constitution du sujet, qui est soit alcoolique, soit tuberculeux, brightique, chlorotique ou anémique. Toutes les complications non seulement influencent l'infection syphilitique d'une manière défavorable, mais rendent très difficile le traitement, qui doit être particulièrement énergique à la première période. Les spécifiques ne peuvent dès lors agir convenablement qu'au moment où l'organisme a recouvert toute son énergie. Pour arriver à ce but, nous avons à notre disposition le séjour dans les montagnes, les bains de mer, la balnéothérapie.

Certains malades, désireux de guérir au plus tôt leur affection, demandent eux-mêmes à leur médecin de faire des cures de ce genre entre les périodes de traitement, afin de reconstituer leurs forces.

Il est certain que la cure balnéaire présente beaucoup d'avantages pour le plus grand nombre des syphilitiques ; ceux-ci en effet sont soustraits à la vie fatigante, favorable aux excès, des grandes villes, et ils peuvent continuer leur traitement dans des conditions hygiéniques meilleures. En outre, les eaux minérales, en excitant les échanges nutritifs, en améliorant le régime circulatoire des malades, favorisent l'absorption et l'élimination du mercure.

Néanmoins, l'hydrothérapie (bains sulfureux, bains d'eau salée, bains de mer) ne peut en aucun cas être considérée comme un traitement spécifique, dont elle reste l'adjuvant. Il faut bien se garder de commettre pareille erreur.

Les bains de mer sont excellents ; ils tonifient l'organisme, le rendent plus sensible à l'action du mercure ; jamais ils ne doivent être employés au moment des lésions exanthémateuses, qu'ils aggraveraient.

De même, les bains chauds, les enveloppements, les bains de vapeur, les bains d'air chaud, favorisent le traitement mercuriel, car ils facilitent l'élimination de l'hydrargyre en augmentant la sécrétion sudorale.

Quant aux bains sulfureux, on leur attribuait jusqu'à ces derniers temps une action spécifique contre la syphilis ; ils venaient aussitôt après les mercuriels dans la thérapeutique de cette affection. Les anciens auteurs reconnaissaient une triple action aux eaux sulfureuses. Tout d'abord, elles constituaient un remède souverain contre la syphilis ; ensuite, elles avaient la propriété de déceler la maladie dans sa période

de latence ; enfin elles préservaient l'organisme de l'intoxication mercurielle.

1° Actuellement, malgré l'opinion de quelques médecins de stations thermales, on ne reconnaît plus au soufre de propriétés spécifiques contre la syphilis. C'est d'ailleurs un corps très répandu dans l'organisme ; il entre dans la constitution de l'albumine, et se trouve être un hématogène, au même titre que le fer, le manganèse, le phosphore ; mais son administration est difficile, car les individus qui l'absorbent pendant quelque temps, soit sous la forme pulvérulente, soit sous la forme d'eaux sulfureuses, ne tardent pas à exhaler une odeur d'hydrogène sulfuré.

Les eaux sulfureuses ont été considérées autrefois comme antisyphilitiques, puisqu'elles amélioraient ou guérissaient des dermatoses considérées comme spécifiques, mais qui en réalité ne l'étaient pas ; les praticiens, à cette époque, ne possédaient pas de données dermatologiques très nettes. Depuis plus de cinquante ans, les médecins français ont démontré l'inutilité et même la nocivité de ces eaux dans la syphilis cutanée. Malgré cela, les ouvrages allemands de balnéothérapie ne font pas encore mention de ces données pourtant si exactes.

James et Lambron (médecin de Luchon) avaient, dès 1875, remarqué que les eaux sulfureuses, loin d'améliorer les lésions secondaires et tertiaires aggravaient fortement ces manifestations ; ils considéraient ces eaux comme « un breuvage dangereux », et les défendaient d'une manière absolue pendant les trois premières années, qui suivaient l'infection syphilitique.

Toutes ces vues ont d'ailleurs été confirmées par les syphiligraphes français des temps modernes.

Martineau (1887) disait : « Je ne permets la cure sulfureuse qu'au bout de la troisième année. Pour la faire, il faut attendre la fin de la période active de la syphilis qui, malgré le traitement mercuriel, ou ioduré, dure au moins deux ans. On pourrait en effet risquer d'aggraver la syphilis, de voir apparaître des complications dangereuses. Il n'en est pas de même des bains sulfureux artificiels, qui tonifient l'organisme à toutes les périodes de la maladie, surtout si le sujet est scrofuleux ou lymphatique ».

Tout récemment encore, Jullien disait que l'eau sulfureuse est incapable à elle seule de guérir la syphilis. Employée d'une façon intempestive et exagérée, elle amène des complications dangereuses.

Pourtant Zeissl reconnait à ces eaux une heureuse influence sur les lésions syphilitiques, sauf dans les cas où il existe des douleurs osseuses trahissant l'existence d'ostéites et de périostites syphilitiques.

2° Certains auteurs ont admis que les bains sulfureux, jouant le rôle d'excitants cutanés, pouvaient réveiller des lésions spécifiques latentes ; mais pareilles observations ont été faites aussi dans des stations thermales non sulfureuses. Il semble cependant d'après les travaux récents de Bastien (à Saint-Gervais 1899) et de Niepce (Eaux d'Allevard 1901), que les bains sulfureux auraient sur la peau une action plutôt calmante.

3° Le soufre, disaient enfin les anciens praticiens, préserve l'organisme de l'intoxication mercurielle, et permet d'administrer de plus fortes doses d'hydrargyre. C'est là une opinion qui garde encore actuellement toute sa valeur et démontre les avantages de la balnéation sulfureuse dans le traitement de la syphilis. Il devient possible, grâce à l'emploi combiné des bains sulfureux, d'employer des doses considérables de pommade mercurielle sans observer les moindres phénomènes d'hydrargyrisme. Ce procédé a permis de prescrire jusqu'à 15, 20 et 25 grammes d'onguent gris ; les malades en ont retiré les plus grands avantages en ce sens que leur syphilis a été guérie d'une manière plus rapide et plus complète.

Fournier a reconnu dans son livre sur : « Le traitement de la syphilis » les avantages de la balnéation sulfureuse, et Doyen a pu donner à ses malades, dans la station d'Uriage, des frictions quotidiennes de 8 à 15 grammes d'onguent gris pendant 3 ou 4 semaines consécutives, sans observer de salivation ; tout au plus a-t-il noté dans un cas une légère irritation de la muqueuse buccale. Des observations analogues ont été faites à Cauterets, Aix, Challes, Luchon, Barèges.

Fontan, il y a plus de cinquante ans, avait déjà noté les avantages de l'administration simultanée des bains sulfureux et de fortes doses d'hydrargyre ; des malades, atteints de stomatite intense, avaient pu, grâce à ce procédé, continuer sans encombre leurs frictions ; et même ces phénomènes d'intolérance avaient rapidement disparu au cours du traitement.

Ces faits sont si vrais que Ricord guérissait la salivation mercurielle en administrant du soufre et de l'opium.

Neisser et Müller ont expliqué cette action immunisante du soufre par la formation d'un sulfure de mercure, insoluble, même dans les liquides de l'organisme. Aussi ne faut-il pas donner simultanément à l'intérieur des eaux sulfureuses et du mercure ; en raison de la combinaison chimique précédente, le traitement ne serait suivi d'aucun résultat.

P. Spillmann (1882) n'accorde aux bains sulfureux qu'une action tonique, reconstituante, dans le traitement de la syphilis ; certains organismes réfractaires à l'action du mercure, y deviennent sensibles après quelques bains sulfureux. Mais, dans ce cas, la balnéothérapie n'a plus ce rôle en quelque sorte immunisant ; elle décape simplement la peau, au même titre que les bains simples, les bains de vapeur, et permet ainsi une absorption plus grande de mercure.

Malgré l'opinion de Finger, l'avantage des bains sulfureux dans le traitement de la syphilis disparait si l'on remplace les frictions par des injections sous-cutanées de sels mercuriels ; il faudrait en pareil cas recourir à l'ingestion des eaux sulfureuses. (W. Pollak. *Wien. Méd. Woch.* 1902, nos 24 à 28.)

De toute cette discussion, il ressort que ces eaux ne sont pas une médication spécifique de la syphilis et qu'elles ne semblent pas irritantes pour le revêtement cutané. Mais elles peuvent être recommandées avec avantage aux malades particulièrement sensibles à l'action du mercure. De plus, les bains sulfureux sont toniques et reconstituants.

A côté des eaux sulfureuses, on a utilisé dans le traitement de la syphilis les eaux renfermant

de l'iode et du chlorure de sodium. Employé sous cette forme, l'iode n'est pas très actif, et il semble préférable de recourir aux eaux chlorurées sodiques, qui présentent d'ailleurs sur les eaux sulfureuses l'avantage d'être facilement ingérées par toutes les personnes. Du reste les auteurs ne conseillent pas volontiers ces dernières sous forme de boissons ; ils attendent au contraire les meilleurs résultats de leur usage en balnéations.

Tous les inconvénients des eaux sulfureuses disparaissent avec l'emploi des eaux iodées chlorurées sodiques. Celles-ci sous forme de bains ne sont d'ailleurs pas non plus un spécifique du virus syphilitique, car elles ne font nullement disparaître les papules spécifiques, ni les manifestations morbides du système lymphatique, ainsi que le prétendait Vollner. Chez les spécifiques leur action est la même que chez les autres malades ; elles augmentent l'appétit, facilitent la diurèse, les selles, activent les oxydations de l'organisme ; en somme elles constituent un adjuvant de la cure mercurielle, sans avoir toutefois les qualités spéciales des eaux sulfureuses.

En raison de toutes ces propriétés, les eaux chlorurées sodiques facilitent la cure mercurielle chez les malades atteints de goutte, de rhumatisme, d'obésité, de stases circulatoires ; en activant les fonctions rénales et intestinales, elles favorisent l'élimination du mercure.

Toutefois, il est nécessaire de doser soigneusement les quantités d'eau ingérées, car en excès celles-ci produiraient de l'irritation rénale et de la diarrhée.

D'après Pollak, le chlorure de sodium augmenterait l'action du mercure; il formerait dans le sang, en se combinant au mercure une solution faible de sublimé corrosif, milieu très défectueux pour le virus syphilitique et ses toxines.

Sur l'albuminurie pendant l'accouchement.

Zaugemeister (*Arch. f. Gynack.* 1902, t. 66.) dans un travail très intéressant estime que, vers la fin de la grossesse, la diurèse devient plus abondante et s'accroît progressivement jusqu'à l'accouchement. Pendant le travail, dit-il, la diurèse diminue ; elle tombe jusqu'au tiers de la valeur qu'elle avait à la fin de la grossesse. Puis dans le post-partum, la diurèse augmente d'abord, et enfin revient peu à peu à la normale.

Chose extraordinaire, sur 100 femmes enceintes, dont on examine une seule fois les urines dans les trois derniers mois de la grossesse, on trouve 10 cas d'albuminurie. Sur 100 femmes enceintes, on trouve en moyenne 40 fois une albuminurie plus ou moins passagère.

Les femmes gravides présentent des cylindres urinaires dans la proportion de 4 à 5 % ; l'albuminurie s'observe aussi bien chez les multipares que chez les primipares ; cependant ces dernières en sont plus souvent atteintes.

L'albuminurie et la cylindrurie augmentent beaucoup de fréquence dans les dernières semaines de la grossesse.

A la fin de la phase gravidique, une albuminurie légère n'est pas pathologique ; la cylindrurie seule indique une lésion rénale appréciable. On observe des cylindres dans l'urine pendant le travail aussi souvent que chez les multipares ; leur quantité est en général plus grande chez les primipares.

Albuminurie et richesse en cylindres marchent en quelque sorte parallèlement. L'albuminurie de la grossesse diffère dans son allure de l'albuminurie du travail. L'augmentation de l'albumine pendant le travail tient à l'augmentation de la pression sanguine dans les reins pendant les contractions.

FAITS CLINIQUES

Toux utérine pendant le travail.

L'utérus, en état pathologique ou gravide, est le point de départ de réflexes dont l'un, qui n'est pas le principal, est la toux. Il s'agit là d'un de ces faits auxquels les auteurs, Debove et Achard en particulier, donnent le nom de *phénomène sympathique*.

Si on laisse de côté la toux utérine que l'on observe chez les femmes atteintes d'affections de la matrice, l'on ne trouve guère signalée que par Joulin la toux utérine résultant de l'état de grossesse. Dans les autres traités d'obstétrique publiés plus récemment, il n'en est pas question.

A plus forte raison, la toux, apparaissant avec le travail, accompagnant chaque contraction et disparaissant avec la dernière, n'a-t-elle été, croyons-nous, signalée nulle part.

A ce titre, une observation qui nous est personnelle, en date du mois d'août dernier, nous paraît être particulièrement curieuse.

Primipare, 22 ans, bien portante ; tempérament lymphatique ; aucune trace d'affection quelle qu'elle soit ; aucun indice de psychopathie ou de nevropathie. La présentation est en O. I. G. A. Le travail se fait normalement et d'une façon plutôt rapide. Les premières douleurs sont muettes. A mesure que le travail avance, chaque contraction s'annonce par de la toux ; la contraction augmente, la toux augmente et elles se terminent toutes les deux à la même seconde. Aussitôt l'expulsion fœtale accomplie, la toux disparaît complètement.

C'est une toux sèche, plutôt laryngée que grippale, férine, en « hem » pour employer l'expression que Léon Archambault applique indistinctement à toutes les toux réflexes, non pas en quinte, mais incessante et se succédant à intervalles excessivement rapprochés quand la contraction utérine est à son summum.

La délivrance une fois opérée, nous laissons l'accouchée se reposer et l'interrogeons ensuite relativement à ce phénomène. Il n'existe absolument rien du côté de l'appareil respiratoire ; jamais le sujet ne s'enrhume, jamais il ne tousse. Cependant, pendant sa grossesse, au début, cette femme a eu, par deux fois différentes, de l'odontalgie, sans carie, ni périostite, avec irradiation dans la tempe, l'oreille et l'œil correspondants. douleurs qui, dit-elle, *la faisaient tousser.* Plus elle souffrait de sa névralgie et plus elle toussait. Toux et névralgie apparaissaient et disparaissaient ensemble.

Il y a eu là très évidemment, contrairement à ce que croit la malade, deux réflexes concomitants, se surajoutant, mais sans relation de cause à effet, pas plus de la part de l'un que de l'autre.

La toux pendant le travail doit être un phénomène très rarement observé.

Dr L. Viaud.

PRATIQUE MÉDICALE

Etiologie du tétanos.

Le 19 mai 1899, nous sommes appelé auprès de l'enfant P.... Louis, rue de Seine Ivry-Port. Cet enfant, âgé de 13 ans, a crié toute la nuit, nous dit la mère. Nous le trouvons au lit dans une attitude tétanique : opisthotonos, trismus irréductible des mâchoires, cris douloureux, sueur profuse abondante. Le malade accusait surtout de violentes douleurs de reins.

Nous examinons l'extrémité du pouce gauche, écrasée, avec chute imminente de l'ongle, et voici les renseignements que nous avons obtenus :

L'enfant travaille avec son père dans une usine de lampes électriques, rue Nationale. — Il est occupé à un tour, machine à percer des tubes en carton durci, employés dans la fabrication des lampes. Souvent il *ramassait par terre*, les matériaux qu'il travaillait. Le 6 mai, c'est-à-dire 13 jours avant notre visite, il se blessait au pouce gauche en travaillant, et continuait à venir à l'atelier.

Le 16 mai, l'enfant ressent quelques malaises, mais travaille encore.

Le 17, le malaise général augmente et le malade garde la maison.

Le 18, se plaint de douleurs de dents, garde la chambre, et c'est dans la nuit du 18 au 19 que les accidents éclatent.

Transporté à l'hôpital Trousseau immédiatement, le traitement par le sérum antitétanique en injections hypodermiques et intra-craniennes, aurait été institué au dire des parents, le malade a succombé le lendemain.

Ce fait nous a remis en mémoire un autre cas de tétanos qui s'est déclaré chez un ouvrier travaillant dans la même usine qui a été transformée plusieurs fois.

C'était en 1886. En marchant sur des planches, un clou traverse sa chaussure et le blesse à la plante du pied. Il vient nous trouver comme médecin de l'assurance de son patron. Il plaisante avec ses camarades de la question posée : Avez-vous de la raideur des mâchoires ? — J'ai mal au pied et il me demande si j'ai mal à la g... disait-il. Le lendemain, il souffrait à la mâchoire, et deux jours après il succombait au tétanos.

En présence de ces deux cas, survenus à la suite d'un accident léger, arrivé dans le même établissement, nous avons pensé qu'il ne pouvait pas y avoir là une simple coïncidence, et nous avons cherché à nous rappeler les diverses industries qui s'étaient exercées dans l'usine.

En 1870, le local où nous avons observé les deux blessés atteints de tétanos était une fabrique de feutres pour chapeaux. Quelques années après, on appelait cette usine *la corne*, parce qu'on y torréfiait dans des autoclaves les débris de boucheries de toutes espèces, les débris de clos d'équarrissage, cornes, sabots de bêtes à cornes, sabots de chevaux, cuir, chaussures, etc. En 1884, s'installait là une fabrique de céruse, puis de celluloïde ensuite ce sont des ateliers de mécanique, une fabrique de vélocipèdes, et enfin une fabrique de lampes électriques.

Dans tous les cas de tétanos, Verneuil disait : « cherchez le cheval » — nous trouvons le cheval dans les deux cas que nous venons de rapporter.

La *corne*, amenait toutes sortes de débris provenant de bêtes et de chevaux ; ces débris séjournaient plus ou moins sur le sol, et pendant plus du dix ans toute l'usine fut imprégnée de germes pathogènes.

En marchant sur un clou lorsqu'il travaillait à l'installation de la fabrique de céruse qui succédait à la *corne*, l'ouvrier qui s'est piqué au pied a été infecté par les germes tétaniques provenant des produits traités antérieurement dans l'usine.

Treize ans se passent ; le même sol est remué plusieurs fois, pour aménagement et pour pavage, il est vrai, mais les mêmes poussières restent sur place ; les débris d'équarrissage avaient passé par là, et l'enfant qui *ramassait* par terre les objets à travailler, qui se blesse et continue de travailler s'infecte avec le virus tétanique. Voilà l'origine équine, aurait dit Verneuil. Cette reconstitution de l'origine équine dans ce dernier cas, montre combien il est difficile de l'établir nettement dans la plupart des cas.

Si nous avions pu avoir le contrôle d'expérience de laboratoire faites avec des poussières de l'usine, et que ces expériences eussent confirmé notre opinion, elles eussent également démontré la persistance de la virulence des germes tétaniques.

Quoiqu'il en soit, il nous paraît rationnel, dans de semblables circonstances, de prendre des mesures prophylactiques, et nous pensons qu'il y aurait lieu de vacciner préventivement contre le tétanos les ouvriers blessés dans les usines où sont, ou bien ont été traités des produits organiques d'origine chevaline : clos d'équarrissage, fabrique d'engrais, torréfaction de cornes, etc.

Dr Courgey.

CORRESPONDANCE

La tuberculose dans l'armée.

Monsieur le directeur et cher confrère,

Dans un article sous ce titre : La tuberculose dans « l'armée », paru dans le *Concours* du 22 novembre 1902, vous faites allusion à une lettre que je vous ai adressée, mais sans mentionner qu'elle accompagnait la pétition qui a été publiée dans le « Répertoire ». Vous n'aviez pas jugé à propos d'insérer le texte de cette pétition, estimant qu'elle faisait double emploi avec le projet déposé par le Dr Lachaud (1).

Pourtant, une récente circulaire de Monsieur le ministre de la guerre a déjà donné satisfaction à l'un de mes desiderata en prescrivant de faire subir aux nouveaux incorporés un examen approfondi et d'éliminer définitivement tous ceux qui leur paraîtraient incapables de supporter les fatigues du service.

J'estime donc qu'il y a lieu d'encourager toutes les initiatives ayant pour but d'améliorer l'hygiène de l'armée. Quoique, dans l'état encore barbare de notre civilisation, il nous faille malheureusement nous résoudre à voir nos enfants transformés en chair à canon pour la défense de notre territoire, nous ne saurions accepter qu'en temps de paix, sans aucun profit pour la France, ils soient condamnés à contracter au régiment des maladies trop souvent mortelles.

(1) N. D. L. R. — Non, nous ignorons de quel document et de quel Répertoire parle notre confrère.

Dans le même article auquel je fais allusion, vous citez un travail du Dr P. B.. sur les sanatoria militaires.

C'est là un très louable projet, auquel je souscris sans restriction. Mais ne croyez-vous pas qu'avant de songer à soigner nos soldats atteints de la tuberculose, il vaudrait mieux s'occuper de les préserver de cette maladie ?

Je trouve que le Dr P. B.. accorde beaucoup trop d'importance au facteur prédisposition et pas assez à la contagion. Or, si nous sommes mal assurés contre la première, il n'en est pas de même contre la seconde.

Je ne doute pas de toute la bonne volonté de nos confrères militaires : je sais bien que s'ils ne font pas mieux, c'est que les moyens leur manquent le plus souvent.

Et d'abord, le nombre des médecins militaires est insuffisant. Même secondés par les médecins auxiliaires, ils ne peuvent pas remplir leurs fonctions comme on pourrait le désirer.

En second lieu, le médecin militaire ne possède pas l'indépendance nécessaire. Dans certains corps, un médecin militaire qui est trop médecin est mal noté. Certains chefs mettent un point d'honneur à avoir peu de malades, et ne considèrent pas avec bienveillance les médecins qui, soucieux de la santé des soldats confiés à leurs soins, forcent ceux-ci à se soigner pour toutes leurs indispositions. Faire dépendre les médecins militaires uniquement de l'administration du service de santé est une réforme qui s'impose.

Nos confrères militaires ont une tendance à accuser les médecins civils de ne pas les seconder en leur signalant les jeunes gens qui leur paraîtraient suspects au point de vue de la tuberculose. Mais, outre que cette prédisposition n'existe pas toujours et chacun de nous pourrait citer de nombreux cas,il faut ignorer totalement ce qu'est la clientèle civile, pour nous faire ce reproche. A la campagne surtout, on ne fait venir le médecin qu'à la dernière extrémité et il est rare que nous puissions suivre nos malades. Nous ne pouvons donc signaler ce que nous ignorons le plus souvent.

Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet, et je ne possède certes pas la compétence voulue pour traiter un sujet aussi vaste :je me contente de l'esquisser et je souhaite que beaucoup de nos confrères fassent connaître leur opinion sur cette question de la plus haute importance. Je ne doute pas que votre journal fasse le meilleur accueil à toutes les communications que vous recevrez à ce propos.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Despeignes,
des Echelles (Savoie).

A propos du récent conflit syndical de la Seine.

Cher confrère,

Il y a lieu de dégager du conflit quelques considérations générales, qui auront au moins l'avantage de laisser de côté les personnalités pour nous ramener aux principes.

A leur origine, dans leur conception primitive, les syndicats medicaux, différents en cela de tous les autres syndicats, furent des organes à fonctions multiples. S'écartant de l'esprit et de la lettre de la loi du 21 mars 1884, ils s'efforcèrent d'être des associations *libres*, dans lesquelles le lien *légal* créé par le Syndicat s'effaçait devant le lien *moral* issu de la notion déontologique. C'est dans cet esprit que les fondateurs du syndicat actuel firent appel au corps médical tout entier, et qu'ils s'efforcèrent de grouper le plus grand nombre possible d'éléments *sans se soucier s'il y avait entre eux étroite solidarité d'intérêts.*

On a oublié, et c'est la faute d'où est sorti le conflit actuel, que la déontologie, dont l'essence même est de planer au-dessus des intérêts particuliers et de les dominer tous, ne peut se confondre avec « un Syndicat » dont le but est de grouper des intérêts particuliers pour une défense commune. La loi déontologique a le double caractère d'être *obligatoire et universelle*, tandis que la loi syndicale ne s'applique *qu'au contractant et pour la chose contractée*. L'une n'a qu'une sanction morale, l'autre a une sanction juridique.

Cette fusion, ou mieux cette confusion des deux lois, a fait naître un certain malaise dont souffrent les syndicats et qui les menace dans leur vitalité. Le remède serait de laisser à chaque organe sa fonction spéciale : aux syndicats la défense des intérêts — *étroitement limités et nettement spécifiés* — de leurs adhérents ; à la Faculté, aux associations, aux Conseils de l'ordre, etc., etc , l'enseignement et l'application des règles déontologiques.

Dr Durand.
(de Montreuil).

La concurrence des sages-femmes.

Monsieur le directeur,

La campagne que vous menez sans trêve ni repos depuis déjà un certain nombre d'années, pour préconiser l'entente entre les médecins, commence à porter ses fruits. Je n'en veux pour preuve que la petite histoire suivante, qui s'est passée récemment et que je ne puis résister au désir de vous faire connaître, pensant qu'elle pourrait être de quelque utilité à quelques-uns de vos nombreux lecteurs.

Cocumont est une petite ville du Lot-et-Garonne située sur les confins de la Gironde. Il y a là une sage-femme qui, comme beaucoup de ses pareilles, ne se borne pas à pratiquer l'art des accouchements.

La gynécologie et la pédiatrie n'ont plus de secrets pour elle. Le nombre est incalculable des femmes qui sortent de son cabinet le vagin orné du petit rond de serviette cher à Dumontpallier ; les métrites les plus rebelles ne résistent pas aux torrents d'eau boriquée déversés quotidiennement par les injecteurs de tout système dont elle fait le commerce ; quant aux diarrhées infantiles, le bismuth en a vite raison, à moins que les petits malades ne finissent par succomber à la cachexie qui les guette.

Ces occupations diverses autant que lucratives laissent cependant assez de temps à notre matrone pour baver à plaisir sur les confrères qui ont eu affaire avec elle et à l'entendre, nous ne serions que des ignares dignes de toute commisération.

Mais tout a un terme ici-bas, même la patience des médecins, et le docteur C.., de Cocumont, finit par se lasser de cet état de choses qui n'avait que trop duré. Il fit donc à la sage-femme en question des remontrances dont celle-ci d'ailleurs tint très peu de compte.

Les médecins des environs, tant de la Gironde que du Lot-et-Garonne, tout affiliés qu'ils sont à leurs syndicats respectifs, ont la pieuse coutume de se réunir une fois l'an à Cocumont autour d'une table somptueusement servie, et là, ils oublient *inter pocula* les soucis de la clientèle en échangeant de gais propos. Cela ne les empêche pas, entre la poire et le fromage, de s'occuper un peu de leurs intérêts professionnels et de traiter des questions plus graves.

C'est devant cet aéropage que le docteur C... porta le cas de la sage-femme récalcitrante et, séance tenante,il fut décidé de donner suite à la plainte du confrère. L'accusée n'étant pas présente, le docteur G..., versé dans les questions juridiques, fut nommé son défenseur d'office et les débats commencèrent aussitôt. Il fut décidé qu'il serait envoyé à la sage-femme une lettre collective signée de tous les confrères présents et conçue à peu près en ces termes :

« Madame,

« Les médecins soussignés, réunis à Cocumont le 13 novembre 1902, après avoir entendu les docteurs C..., et K..., portent à votre connaissance les décisions suivantes prises à l'unanimité :

« 1° Votre diplôme vous conférant exclusivement le

droit d'exercer l'art des accouchements, ils vous prient de vouloir bien vous renfermer dans les limites de ce droit.

« 2° Ils vous prient en outre de cesser d'apporter sur leurs actes des appréciations plus ou moins bienveillantes et de modérer vos paroles.

« 3° Si dans quarante-huit heures vous n'avez pas, par une lettre adressée au docteur K..., adhéré formellement à ces conclusions, ils s'engagent à vous refuser leur concours au point de vue obstétrical et se réservent le droit de porter plainte au Syndicat départemental qui se chargera au besoin d'intenter une action judiciaire.

« Veuillez agréer, etc .»

Suivent les signatures.

Si tous ceux qui ont à se plaindre des sages-femmes, et ils sont nombreux, agissaient de même vis-à-vis d'elles, la question serait vite tranchée et point ne serait besoin pour cela de s'adresser aux tribunaux toujours indulgents en pareille circonstance. Ce qui prouve une fois de plus que l'union fait la force, et que si nous sommes trop souvent en butte à des tracasseries de tout genre, c'est que nous le voulons bien.

Vous excuserez, Monsieur le directeur, cette lettre un peu longue, vous ferez d'elle l'usage qu'il vous plaira, mais je tenais à vous faire connaître ce fait pour qu'il puisse servir d'exemple aux nombreux confrères qui se trouvent dans notre cas.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr Lacat.

Grignols (Gironde), 14 novembre 1902.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des Médecins de la Seine.

Assemblée générale du 30 novembre 1902.

Lors de son assemblée générale du 30 novembre, le Syndicat des Médecins de la Seine, qui compte aujourd'hui neuf cents membres, à réélu à une énorme majorité le Conseil d'administration sortant. Ont été nommés : Président, M. Philippeau ; vice-présidents, MM. Séailles et Rotillon ; secrétaire général, M. Bellencontre ; trésorier, M. Noir ; secrétaires des séances, MM. Levassort et Diverneresse ; membres du Conseil, MM. Antheaume, Duvau, Héloin, Malbec, J. Mallet, Pedebidou, N. Poirier, Sebillotte, Tachard, Triboulet, Tripet et Vimont.

Le programme suivant a été approuvé à l'unanimité : 1° stricte application dans les hôpitaux de la circulaire du directeur de l'Assistance publique prescrivant des enquêtes sur les consultants non indigents ; 2° stricte application de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail établissant la responsabilité patronale et le libre choix du médecin par l'ouvrier ; 3° nomination d'une Commission pour arrêter les règles déontologiques devant présider aux relations confraternelles nécessitées par les accidents du travail.

Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne.

Extrait du procès-verbal de la réunion générale du Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne, du 2 novembre 1902, dans la salle de l'ancienne Faculté des lettres, rue Rémusat.

Présidence de M. le Dr Maurel.

M. le Président rappelle les démarches qu'il a faites auprès du Conseil général pour obtenir que la médecine d'assistance gratuite soit mieux rémunérée. Les quelques membres du Conseil général vus par notre Président sont tout disposés, s'il leur est prouvé que nous sommes lésés dans notre rétribution, à appuyer une demande d'augmentation d'allocation. M. le Président propose d'envoyer à tous nos confrères, syndiqués ou non, une circulaire, avec prière de répondre aux diverses demandes qui figurent dans le tableau qui y est joint. Ces réponses, centralisées, seront transmises au Conseil général et, en toute connaissance de cause, il pourra juger de la justesse de nos réclamations.

L'Assemblée adopte.

La question du prix minimum de la visite, à Toulouse, a été de nouveau présentée, et le Président fait part de ce qui a été décidé à l'Association des Médecins de Toulouse, sur sa demande. Le prix de cinq francs par visite est maintenu, mais dans des circonstances que le médecin appréciera, ce chiffre de cinq francs pourra être abaissé, mais jamais au-dessous de trois francs. L'uniformité de tarif nous donnera devant la justice une force qui, jusqu'à présent, nous faisait défaut. Ce prix de trois francs devrait être adopté comme minimum dans les autres villes du département.

Le prix des consultations et de la visite à la campagne devrait être fixé, au minimum, à deux francs, en ajoutant 0 fr. 50 par kilomètre de déplacement.

M. le Dr Secheyron pose les questions suivantes :

Traités entre médecins et sociétés mutualistes.

Une question d'intérêt général est soumise à la Chambre syndicale par M. le Dr Secheyron, au nom de plusieurs membres de la Fédération.

L'idée mutualiste progresse de plus en plus. Elle réunit les Sociétés mutualistes en fédération. Ces fédérations, ou même les Sociétés mutualistes, en leur nom personnel, recherchent le concours de médecins et leur demandent de traiter avec elles. Quelle conduite doit avoir le médecin envers ces Sociétés ?

Doit-il traiter et quelles sont les conditions des traités à accepter ? Doit-il faire des traités à longue échéance, plusieurs années, par année ou à terme annuel ?

Le Dr Secheyron, simple mandataire, explique que les conditions dans lesquelles se présentent les traités sont fort graves. Les traités enchaînent le médecin, encore mieux que les mutualistes ; d'un autre côté, ils peuvent assurer la clientèle et ainsi le pain quotidien au médecin. Celui qui ne signe pas a grande chance de perdre sa clientèle, et de voir le meilleur de son travail passer à des confrères..... plus généreux envers les clients, ou mieux estimant moins leurs soins. Cette conduite irrégulière, née de la concurrence, est difficile à empêcher ; blâmable dans son essence, elle avilit la dignité médicale ; mais il est impossible de retenir la main qui veut s'enchaîner. Le traité à signer est une épée de Damoclès pour certains confrères. En leur nom, je demande au Syndicat le moyen de dénouer le fil qui ferait tomber l'épée sans blesser.

Après une discussion fort intéressante, à laquelle ont pris part MM. Audiguier, Dore, Bach

et Maurel, l'assemblée a adopté les conclusions suivantes qui sont la meilleure réponse à nos confrères. Cette réponse est surtout adoptée d'après les considérations exposées par M. le Dr Maurel.

Conclusions. — 1° Le médecin a tout intérêt à sauvegarder son indépendance ;

2° Le sociétaire-mutualiste a tout intérêt à conserver intact le principe du libre choix du médecin ;

3° D'où la nécessité d'un statut dans les sociétés mutualistes qui établisse le *quantum* par jour de maladie réservé au sociétaire malade ;

4° Ce *quantum* servira à régler les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques ou de maladie ;

5° Le Sociétaire aura donc à traiter directement avec le médecin choisi soit par abonnement, soit par visite, comme ce serait peut-être l'idéal et la justice.

Avant leur adoption, M. Dore a expliqué que l'idée mutualiste a tenté certaines Compagnies financières. Ces Compagnies se sont engagées à donner les soins médicaux et pharmaceutiques moyennant certaines primes. Ces Compagnies — certaine a des agents, paraît-il, dans un chef-lieu voisin — font signer des traités rémunérateurs aux médecins. Mais il convient d'avoir de la méfiance ; ces traités annuels peuvent être modifiés contre les intérêts du médecin, lorsque les Compagnies seront maîtresses de la place.

Hospitalisation à la suite d'un accident de travail.

M. le Dr Secheyron explique que la question des malades hospitalisés à la suite d'un accident du travail entre dans une voie conforme à la justice. Les chirurgiens des hôpitaux de province se sont réunis à Paris, le 21 octobre, et après un rapport substantiel et démonstratif de M. le Dr Reynès, de Marseille, ils ont voté une résolution d'après laquelle le prix de la journée d'entretien pour ces malades, d'une part, et les frais médicaux et pharmaceutiques, d'autre part, seront payés par les Compagnies d'assurances ou les patrons.

Ils ont également prié M. le Ministre de l'intérieur de vouloir bien notifier aux Préfets et aux Commissions administratives des hospices de France, des Colonies et pays de protectorat, la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en date du 12 juin 1902, et inviter lesdites Administrations à mettre leur règlement en concordance avec cette délibération.

Le Ministre de l'intérieur a promis de donner des ordres pour que la délibération du Conseil supérieur de l'instruction publique soit notifiée aux Pouvoirs publics et aux Administrations hospitalières.

Les Commissions hospitalières ne seront pas mises en demeure par les Préfets, mais elles seront priées de bien vouloir établir un règlement conforme aux vœux de la loi de 1898 et du Président du Conseil.

Le *modus vivendi* en vigueur sera le suivant, si les Commissions administratives n'usent pas de leurs droits stricts ou prétendent de se dérober aux invitations des circulaires. Le prix de la journée reviendra aux hospices. Les frais médicaux et pharmaceutiques seront payés aux hospices s'il s'agit d'établissements de grandes villes, possédant Facultés ou Ecoles. Ils reviendront aux médecins des établissements hospitaliers des autres villes. Cette distinction en deux catégories est juste, légitime. J'ai été un des premiers à la soutenir au Syndicat et dans les Associations médicales. Il serait injuste que le médecin ou chirurgien d'hôpital touchât un revenu qui est loin d'avoir été gagné par lui en entier. Le chef de service d'un hôpital ne fait qu'un avec le corps médical qui l'entoure, internes, externes, chef de clinique ; à ce tout, revient tout le mérite des soins. Une partie de ce tout reçoit la considération, l'autre partie, l'instruction. L'hôpital qui fournit à l'un l'estime, l'honneur, la possibilité de demander des tarifs d'honoraires élevés, et aux autres les moyens de devenir médecin, et qui dans ce but fait de fortes avances, doit recevoir les honoraires tout entier.

La quotité de ces honoraires sera celle de l'Assistance publique gratuite, croyons-nous, d'après l'esprit de la loi de 1898 et de ses modifications de 1901.

Demande de défense contre une révocation de médecin des Enfants assistés.

M. le Dr V... écrit à M. le Président pour se plaindre de la révocation de médecin des Enfants assistés dont il a été victime, sans avoir rien fait qui pût justifier une pareille mesure.

L'Assemblée, dans un beau mouvement d'indignation, proteste contre de pareils procédés et réclame pour le médecin l'indépendance à laquelle son honorabilité et les services qu'il rend lui donnent droit.

M. le Dr Dore dit à ce sujet que, dans la loi Roussel, qui va être remaniée, il serait désirable d'ajouter que le médecin ne puisse être révoqué que pour cause de manquement au service.

L'Assemblée émet le vœu que le médecin chargé de ce service soit choisi par les parents au lieu du domicile de l'enfant, et que les médecins chargés de l'assistance médicale gratuite soient chargés de ce service.

M. le Dr Secheyron émet le vœu que, dans les modifications de la loi Roussel, le principe du libre choix du médecin soit sauvegardé. Le libre choix appartiendrait au tuteur moral de l'enfant (parent, tuteur, Etat, mairie, ou mieux commission cantonale choisie d'après les principes mêmes de la loi Roussel).

M. le Dr Bach, trésorier du Syndicat, lit son rapport sur la situation financière.

Des félicitations lui sont adressées.

Lettre de M. le Dr Dupin, de Tarbes, donnant des nouvelles du Syndicat des Hautes-Pyrénées.

L'Assemblée, avant de s'ajourner à la prochaine réunion, décide qu'il y a lieu de poursuivre quelques cas d'exercice illégal qui lui ont été signalés.

Le Secrétaire général,
Dr Em. Crouillebois.

Syndicat médical de Lille et de la région.

Séance du 24 octobre 1901

Présidence du Dr Cochet, Président.

Examen de la pratique de la Dichotomie

Après discussion du rapport du Dr Vanvers, au nom d'une commission composée de MM. Carrière, Cochet, Coppens, Delassus et Van-

vers le Syndicat vote les conclusions suivantes.

1° Est à rejeter formellement tout arrangement entre chirurgien et médecin traitant consistant dans le partage (à parties égales ou inégales) des honoraires, à l'insu du client, celui-ci ayant honoré directement le médecin traitant ou ayant reçu de lui l'assurance qu'il ne réclamait rien pour son assistance à l'opération.

2° Une seule note sera adressée au client ; sur cette note, mention sera faite que les honoraires du chirurgien et du médecin traitant sont compris dans la somme demandée. Exceptionnellement, après entente entre le médecin traitant et le chirurgien, chacun d'eux pourra envoyer sa note au client. Sur la note du chirurgien, mention sera faite que les honoraires du médecin traitant pour l'acte opératoire ne sont pas compris dans la somme demandée.

3° Le taux des honoraires du médecin traitant par rapport à ceux du chirurgien sera de 30 % (1).

BIBLIOGRAPHIE

Les Bouilleurs de cru.

Notre distingué confrère le Dr A. Antheaume médecin inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés de la Seine, publie en collaboration avec son frère M. L. Antheaume, docteur en Droit et ancien élève de l'École des Sciences politiques, un ouvrage très documenté et fort instructif sur les bouilleurs de cru.

Nous connaissons tous avec quelle ardeur le Dr Antheaume, mieux à même que qui que ce soit de constater les désastres causés par l'alcoolisme, s'est mis à la tête de tout ce qui est de nature à combattre l'étendue de ce fléau social et à en arrêter la marche, hélas, si rapide. Pour lui et son collaborateur le privilège des bouilleurs de cru est une des principales causes ayant aménés l'extension du mal, aussi s'attache-t-il à démontrer la nécessité de le voir abolir.

Ce privilège a-t-il sa raison d'être dans un pays de démocratie répond-t-il à un besoin ?

Et d'abord en quoi consiste-t-il ? C'est en vertu des lois du 20 juillet 1839, art. 8, et du 10 août 1839, art. 15, que :

Sont considérés comme bouilleurs de cru, et à ce titre sont seuls exempts du paiement de la licence ainsi que des obligations imposées aux bouilleurs de profession : les propriétaires ou fermiers, qui, chez eux, avec leurs appareils ou des appareils de louage, distillent ou font distiller exclusivement les vins, cidres, poirés, marcs et lies, cerises et prunes, provenant de leur récolte.

C'est bien là un véritable *privilège.*

Le cultivateur du Nord ne peut opérer sur sa récolte une transformation en alcool pourquoi celui de l'Hérault ou du Calvados le peut-il ? Le même droit doit être accordé ou interdit à tous.

Ce serait la véritable égalité devant l'impôt :

Le bouilleur de cru, n'acquittant pas les droits sur sa consommation personnelle, est *favorisé.*

Quelles sont les raisons de cette faveur ?

Mais pourquoi à cette époque où l'on demande à l'Etat de prendre tant de charges à son compte, considérerait-on qu'il soit possible de faire des largesses à certains contribuables au détriment des autres ?

La cause de l'alcoolisme réside dans la quantité consommée et non dans la qualité. L'alcool, qu'il soit de provenance industrielle ou naturelle, est toxique lorsqu'il est consommé à dose abusive.

Les partisans du bouilleur de cru prétendent que les eaux-de-vie naturelles sont inoffensives et que les eaux-de-vie industrielles sont seules dangereuses.

C'est là une légende ; nos auteurs démontrent facilement que les eaux-de-vie industrielles sont, aujourd'hui très pures et que, pour celles livrés à la consommation, le négociant n'a aucun intérêt à prendre ou à se servir d'alcools de qualité inférieure.

La différence entre le prix de cette qualité et celui d'un produit de premier choix n'est que de quelques francs par hectolitre et le fabricant de liqueur trouve encore compensation dans la qualité même ; il faut pour dissimuler le mauvais goût des alcools moins raffinés une quantité plus grande d'essences, de *sauces.*

Du reste, il faut bien le dire, l'écart de toxicité entre les alcools de consommation *est très minime.* Un litre d'alcool d'industrie ou naturel est toxique à peu près dans les mêmes proportions. Les eaux-de-vie naturelles seraient même un peu plus toxiques que les autres.

Ce côté de la question, tout intéressant qu'il soit, n'est pas en jeu, il s'agit de réprimer les causes d'extension de l'alcoolisme.

Certainement, le cultivateur qui a chez lui de l'alcool est tenté non seulement de le consommer lui et sa famille, mais de favoriser la consommation d'un produit qui ne peut être vendu en dehors de son domicile que frappé de droits très élevés ; les deux tiers environ du prix de revient.

Dire que l'eau-de-vie naturelle est inoffensive et que le privilège doit être maintenu au nom de la santé des agriculteurs, l'alcoolisme n'étant favorisé que par *une mauvaise eau-de-vie* qui serait l'eau-de-vie industrielle, est une théorie qu'il est impossible de soutenir aujourd'hui scientifiquement.

J'avoue cependant que je ne puis me défendre d'une certaine déception, moi, vieux Charentais, à la lecture du passage où, citant le Dr Daremberg, nos auteurs viennent dire : « *Que les plus détestables eaux-de-vie d'industrie* non rectifiées ne *sont pas plus nuisibles à la santé que les meilleurs cognacs* ». Cette affirmation est loin de répondre à l'idée que je me faisais dès mon enfance de ce produit délicieux qui a nom «*fine champagne* ». Je le voyais boire avec une componction, une réserve, un respect, me montrant bien la supériorité d'un produit précieux. Chose sainte et saine, je n'en doutais pas alors. — Qu'il est dur de perdre ses illusions ! ! Mais les savants sont sans pitié !. Il est vrai que le flacon de cognac ne paraissait pas tous les jours, qu'il ne se buvait qu'en de très petits verres, et que la main paternelle n'exposait pas le carafou, renfermé en lieu sûr, à des tentations indiscrètes.. On ne buvait pas encore l'alcool à pleins verres, comme en Normandie, et les bébés n'en avaient pas dans leur biberon, comme cela se passe, nous dit-on, dans certaines crèches de cette région.

Les bouilleurs de cru favorisent le goût des boissons alcooliques, dans leur famille, dans leur voisinage, parmi leurs ouvriers en payant ces derniers mi-partie en argent, mi-partie en alcool. Ils fraudent le trésor. Et les auteurs signalent quelques-uns des procédés qu'ils emploient pour ce faire, en particulier l'emploi des acquits-à-cautions. Mais cela est d'ordre fiscal, bien que très intéressant je n'insiste pas. Cependant il est un procédé de fraude qui nous est signalé ; c'est l'alcoolisation des vins dite vinage.

Ils utilisent au vinage clandestin une partie de l'alcool qu'ils produisent, de là fraude au détriment du trésor, mais surtout au préjudice de la *santé publique.*

L'alcoolisation des vins appelle le mouillage, le mouillage, la coloration artificielle, tripotages qui viennent déverser une grande quantité de breuvages détestables sur le marché qu'ils encombrent, au détriment des *produits honnêtes.*

Cette question des bouilleurs de cru est une ques-

(1) N. D. L. R. Il nous est d'autant plus agréable de publier les conclusions du Syndicat de Lille qu'elles ont été très mûrement étudiées, et sont identiques à celles que le *Concours Médical* a précisées dans son Tarif général des honoraires.

tion économique, hygiénique et sociale. Son importance à tous ces points de vue est considérable et les médecins, moins que personne, ne peuvent s'en désintéresser. A côté des avantages du privilège, qui sont d'ordre particulier, il y a ses désavantages qui sont d'ordre général. Mais *sub judice lis est.* Les chambres sont saisies par le Ministre des finances de ce sujet délicat qu'est la suppression de ce privilège des bouilleurs de cru. Les arguments des défenseurs de l'état actuel ne manqueront pas de se produire. MM. Antheaume ont plaidé contre. — Nous entendrons à la Chambre et au Sénat les nombreux avocats de l'autre théorie.

En résumé, l'ouvrage de MM. Antheaume est une œuvre consciencieuse, très documentée et d'une lecture des plus attrayantes.

Dr de GRISSAC.

Bibliographie. — Raccourcis de médecine sociale et professionnelle, par le Dr Paul BERTHOD, Paris, Vigot frères éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

M. le Dr Paul Berthod, un praticien distingué, a réuni en volume des articles, mémoires, communications sur des sujets variés : l'Assistance publique, l'Académie et la Faculté de médecine, la syphilis, la tuberculose, la loi publique, l'hygiène, etc.

Il y a toujours profit à lire et à entendre M. le Dr Paul Berthod, dont l'activité intellectuelle est des plus grandes et qui a un véritable tempérament de journaliste médical et de polémiste social.

Guide des familles. Soins à donner aux enfants du premier âge, par M. le Dr H. MAZADE, membre du Concours, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône. — Librairie des Allées de Meilhan, 56-58, Marseille.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les termes dans lesquels notre confrère présente cet intéressant travail.

« Ayant l'honneur de diriger, depuis plus de vingt ans, d'importants services d'assistance infantile, j'ai pu me rendre très exactement compte de la mortalité encore trop considérable qui sévit sur les enfants du premier âge. La principale cause de ce triste état de choses réside surtout dans un allaitement vicieux ou dans la négligence et l'ignorance des soins hygiéniques de la part des familles ou des nourrices, malgré les lois protectrices de l'enfance ou les progrès de la science moderne. En France, l'accroissement de la population est fort lent ; aussi ne doit-on rien laisser de côté pour conserver à l'existence les nouveau-nés, dont le nombre a une tendance à diminuer de jour en jour.

« C'est donc en quelque sorte un devoir professionnel que je remplis en publiant ce Guide Pratique. On y trouvera des préceptes destinés à mettre les familles en garde contre beaucoup de *Maladies évitables chez les enfants du Premier Age*, si l'on se conforme aux règles d'une sage hygiène.

« Je n'ai nullement la prétention de formuler de nouvelles lois sur la manière d'élever les nouveau-nés. La plupart, sinon tous les conseils que je donne, se rencontrent dans de savants traités d'hygiène ou d'accouchement, qui ne sauraient être mis dans toutes les mains, et dont la lecture constituerait une fatigue inutile pour tous ceux qui ne possèdent pas de notions médicales précises.

« Le but que je me suis proposé a donc été de présenter, sous la forme la plus simple, la plus familière possible, des préceptes d'hygiène infantile, pouvant être compris de tous, et utilisés pratiquement par les personnes chargées d'allaiter les enfants du Premier Age et leur donner des soins quotidiens.

« *C'est icy un livre de bonne foy* » dirai-je, si j'osais emprunter ce langage à Montaigne. — En tout cas, je me permettrai d'affirmer avec cet auteur que « *la plus grande difficulté et importance de l'humaine* « *science semble être en cet endroit où il est traité de la* « *nourriture et institution des enfants.* »

« J'ai cru devoir consacrer un chapitre spécial à la loi de Protection du Premier Age, dite loi Roussel, promulguée en 1874, mais dont les prescriptions réglementaires sont encore trop peu connues des familles, qui ont cependant le strict devoir de les observer.

« Cette adjonction me permet de définir en quelque sorte *légalement* le Premier Age qui, dans le *langage scientifique*, ne comprend généralement que la durée de l'allaitement. Mais j'estime qu'il est bon en effet d'étendre cette dénomination jusqu'à la fin de la deuxième année, car, à cette époque, les soins les plus constants doivent être continués aux jeunes enfants. « Docteur MAZADE. »

REPORTAGE MÉDICAL

Distinction honorifique. — Nous adressons nos félicitations à M. le Docteur FOURRIER, de Briey (Meurthe-et-Moselle), qui vient d'être nommé *officier d'Académie.*

Ecole dentaire de Paris. — Nous n'avons pu, faute de place, donner plus tôt le petit compte rendu suivant.

La fête annuelle de distribution de récompenses aux élèves de l'école dentaire de Paris a eu lieu jeudi soir, 15 novembre à la salle des Agriculteurs, 8, rue d'Athènes, sous la présidence de M. Chaumié, Ministre de l'Instruction Publique.

Après une allocution brillante et très élevée de M. le Dr Godon, directeur de l'Ecole, M. le Dr Sauvez, secrétaire général, a donné lecture de son rapport dans lequel il a fait ressortir les modifications nombreuses qui ont été apportées dans la partie scientifique et dans la partie technique de l'enseignement donné à l'école Dentaire de Paris, à laquelle 42.000 malades viennent annuellement réclamer des soins éclairés et gratuits.

Une médaille d'or a été offerte à M. Heïdé pour services rendues à l'Enseignement de l'Ecole.

Enfin, M. Ministre de l'Instruction publique, dans une improvisation chaleureuse, a fait valoir les services rendus à la population pauvre de Paris, et a expliqué sa présence à cette cérémonie en montrant ce qu'est l'enseignement de l'art dentaire.

Il a été ensuite donné lecture du Palmarès et la première partie de la séance a été terminée par la remise des diplômes et récompenses aux élèves et aux lauréats.

Prix d'excellence : M. Guillemin, Mlle Labie; MM. Martinier, Miegeville, Darcissac, Schlax.

Prix de prothèse ; M. Leconte.

Prix d'épreuves pratiques et de clinique : MM. Martinier, Péré, Darcissac et Villain.

Après la cérémonie, a eu lieu une représentation très intéressante organisée par M. Paumier, de l'Odéon, avec le concours de plusieurs artistes et d'un excellent orchestre sous la direction de M. Hauser.

Cette soirée charmante laissera d'agréables souvenirs à toutes les personnes qui y ont assisté.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4864. — M. le Docteur TISSIER, de Paris, présenté par M. le Docteur Gouffier, de Neuilly-sur-Seine.

N° 4865. — M. le Docteur LEFEBVRE, de Sainte-Adresse (Seine-Inférieure), présenté par M. le Docteur Sorel, du Havre, et membre du Syndicat des médecins du Havre.

N° 4866. — M. le docteur RAYBAUD, de Marseille, membre du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

N° 4867. — M. le Docteur RIGAL, de Janville (Eure-et-Loir), présenté par M. le Docteur Le Gendre, médecin des Hôpitaux de Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-quatrième année. N° 52 27 DÉCEMBRE 1902

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE :

PROPOS DU JOUR

Petite revue de fin d'année.

Pour rapide et enlevée qu'elle doive être en quelques lignes, cette revue ne saurait rivaliser de gaieté avec celles qui font le maximum à Montmartre.

Mais elle nous laissera sans doute une agréable et plus profonde impression.

Notons d'abord, précisément parce que quelques-uns le contestent, qu'il s'est produit dans les Syndicats et Sociétés de défense professionnelle un réveil superbe d'activité en l'an de grâce 1902. Constatons ensuite que l'entente de tous nos groupements nous a fourni d'excellents résultats et va nous permettre d'en obtenir d'autres. L'esprit de coterie, qui a longtemps paralysé bien des efforts, a du plomb dans l'aile, et cela fait rire jaune les adversaires du corps médical qui savaient si bien exploiter nos petites divergences de vues.

Nos œuvres de prévoyance enregistrent une magnifique poussée ; nos œuvres de défense ont énormément grandi en activité et en influence.

Dans les rangs des unes comme des autres, les noms des célébrités professionnelles qui se tenaient à l'écart jadis, viennent se faire encadrer fort égalitairement, par ceux des plus modestes d'entre nous : n'est-ce point cela qu'il faut appeler la solidarité ?

En entamant la campagne pour la réforme de l'enseignement médical, certains voulaient prévoir les plus graves résistances, d'insurmontables obstacles. Et voilà que la presse médicale semble au contraire dans l'accord parfait sur le but à atteindre et dans l'accord presque complet sur le choix des moyens.

Lisons, par exemple, les dernières lignes publiées dans la *Tribune Médicale* du 17 décembre par M. le Pr Laborde, qui fut le précurseur en cette matière :

Il y a là, incontestablement, l'indice, le signal d'un mouvement, où se révèlent, précisément, les besoins impérieux et urgents, sinon d'une rénovation complète, du moins de réformes appropriées dans l'organisation fondamentale de notre enseignement médical ; mais, ce ne sont là, encore un coup, que tendances et tentatives partielles, isolées, qui, tout excellentes qu'elles soient, ne réalisent pas le but commun ; il y manque l'organisation d'ensemble, seule capable de porter les fruits qu'il est permis d'en attendre.

Et cette organisation n'est possible qu'à la condition de s'appuyer, comme point de départ et comme bases, sur les éléments suivants de la solution intégrale de ce problème d'enseignement public supérieur :

1° Le recrutement professoral, et le meilleur système de ce recrutement ;

2° La pratique enseignante, selon les programmes appropriés à l'enseignement scientifique et professionnel, dont il s'agit ;

3° Le meilleur système d'appréciation, par les épreuves ou examens probatoires, de la capacité professionnelle, pour la répartition du diplôme d'Etat.

Telles sont les trois questions fondamentales sur lesquelles doit reposer et porter toute discussion sur la réforme dont il s'agit. V. L.

P. S. — Au sujet de la discussion du nouveau projet de règlement du Concours d'agrégation, au sein du *Conseil* de la Faculté (Voir le précédent BULLETIN), discussion qui a continué dans la séance hebdomadaire de jeudi dernier, et sur laquelle nous aurons à revenir, une importante décision a été prise et votée au cours de cette séance : le principe de la permanence de l'agrégation, qui était prise, du reste, pour base du nouveau projet présenté par M. le doyen DEBOVE.

Ainsi se trouverait définitivement instituée (sauf la ratification ministérielle, des plus probables), l'*Agrégation-Carrière*, dont nous nous honorons d'avoir eu et soutenu la première idée, avec notre ami le professeur LÉPINE (de Lyon.) V. L.

Cette confirmation de la nouvelle que nous avions enregistrée au précédent numéro n'est-elle pas la preuve que le mouvement général s'est déjà étendu dans le cercle jusqu'ici très fermé qui se nomme la Faculté ?

Allons! la Solidarité est en marche. Elle fera son œuvre si nous mettons au rancart quelques clichés vieillots, si nous laissons de côté des récriminations nuisibles au travail entrepris en commun.

1902 s'en va nous laissant un bon souvenir et préparant bien la tâche de **1903**. Nous dirons au prochain numéro nos vœux pour l'an qui vient.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'angine de poitrine.

Dans son récent ouvrage : « Les consultations médicales », M. le Dr *Huchard* résume en quelques lignes les indications du traitement de l'angor pectoris :

Quelle est, dit-il, la plus urgente indication à remplir contre cette maladie si dramatique et si grave.

Consiste-t-elle à combattre uniquement la douleur, dont « l'intensité et la durée constituent le principal danger », d'après Balfour ; la douleur, « ce fait dominateur de l'*angor pectoris* », suivant l'opinion erronée de Peter, quand nous savons au contraire que les crises les plus longues et les plus aiguës ne sont pas les plus graves, et que les angineux vrais succombent souvent à une syncope brutale, sans aucune manifestation douloureuse ? D'autre part, les affections artérielles ne sont-elles pas essentiellement douloureuses, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un état névralgique ou névritique absolument hypothétique ? Voyez cette cardiaque au nº 1 de le salle des femmes. Elle vient d'être atteinte d'une embolie de l'artère poplitée gauche, elle est menacée d'une gangrène du membre inférieur, et les douleurs atteignent une acuité supérieure à celle des névralgies les plus violentes. Donc, vous n'êtes pas fondés à nier l'origine artérielle de l'angine de poitrine en vous basant uniquement sur l'extrême vivacité de ses douleurs.

Ce qui crée le danger dans cette dernière maladie, ce n'est pas, ce n'est presque jamais la douleur, c'est la syncope, c'est l'ischémie cardiaque ; et ce qui prépare, ce qui consomme cette dernière, c'est la lésion vasculaire, c'est encore le spasme des vaisseaux coronaires, c'est enfin l'état de constriction et d'hypertension artérielles. Pour ces raisons, je condamne absolument l'emploi de la cocaïne et des inhalations de chloroforme, qui peuvent exposer à la syncope, de l'ergot de seigle, parfois de la digitale, même du strophantus, capables de surélever la tension artérielle en exagérant encore l'état spasmodique des vaisseaux. C'est pour cela et pour d'autres causes encore, que les bromures dont on abuse, le chloral, le sulfonal, la paraldéhyde, l'antipyrine, la belladone, l'électricité, la médication anti urémique, sont des moyens irrationnels.

En nous appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur la pathogénie exacte de la douleur, nous sommes arrivés à établir la thérapeutique de cette maladie si grave, par l'emploi de la médication iodurée, autrefois recommandée par Bouillaud contre les affections aortiques et artérielles. Elle agit sur les parois artérielles qu'elle modifie, et sur l'hypertension vasculaire qu'elle diminue, fait démontré par nos recherches expérimentales. Quant à la douleur, elle cède bien mieux à l'usage des médicaments qui, comme le nitrite d'amyle, la trinitrine et le tétranitrol, dilatent les vaisseaux et atténuent leur tension, qu'à celui de toutes les substances narcotiques ou analgésiques. D'autre part, les toxines alimentaires étant douées de propriétés vaso-constrictives, comme je l'ai démontré, il importe d'insister sur une alimentation lacto-végétarienne.

Ainsi, la notion pathogénique exacte de la manifestation angineuse et de sa douleur, a pu aboutir entre nos mains à une médication rationnelle de ce syndrome, et réduire la mortalité d'une affection regardée jusqu'alors comme absolument incurable.

L'appendicite.

L'obsession de l'appendicite continue aussi bien chez les médecins que dans le public. A la dernière séance de l'Académie, M. le Dr RICHELOT a fait connaître son opinion et l'a présentée sous forme de conclusions très nettes que nous approuvons en tous points ;

a) Toute appendicite aiguë et fébrile, qu'on voit à ses débuts, doit être opérée sans retard. Celles qu'on voit plus tard et qui restent graves doivent être opérées au plus vite ; il est encore temps de sauver le malade. Dans ces deux premières conditions, « attendre que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort (Dieulafoy) ».

b) Si la période aiguë et dangereuse est à sa fin, si la rémission franche, différente des « bénignités apparentes » et des « accalmies traîtresses », ne laisse dans l'esprit aucun doute, l'intervention, presque toujours nécessaire en principe, devient affaire d'opportunité. Il est d'un médecin de ne pas laisser mourir, les bras croisés, les appendicites qui tournent mal, et de savoir composer, au contraire, avec celles qui tournent bien.

c) La classe nombreuse des appendicites aiguës observées tardivement, celle des appendicites subaiguës, bénignes, chroniques et à répétitions, nous réservent encore bon nombre d'« opérations à froid », opérations salutaires, excellentes, qu'il ne faut certes pas poursuivre aveuglément à travers les périls mortels des formes graves, mais qu'il faut accueillir quand elles se présentent, et faire naître si on peut.

Cette communication a surtout pour but de montrer que l'on ne peut pas donner aux médecins une formule définitive qui leur trace une ligne de conduite invariable. La médecine n'est pas une collection de recettes pour guérir les maladies, et rien ne nous dispensera jamais de réfléchir, d'observer ; en un mot, d'être cliniciens.

Les sérums nouveaux.

La mode est aux sérums : fort bien ! mais défions-nous de la mode : il ne faut pas aller trop vite ; les uns, par hâte de trouver une nouveauté, les autres, par spéculation, veulent lancer un sérum plus ou moins curatif ou préservatif.

Ainsi : M. *Tollemer* a essayé dans le service de M. Variot un sérum anticoquelucheux préparé par un médecin belge. Les résultats ont été nuls.

Dans une autre série de cas, M. Tollemer a essayé le sérum antidiphtérique, après avoir constaté que, chez les enfants injectés préventivement, la coqueluche, quand ils la prennent, évolue d'une façon relativement bénigne. Néanmoins, les résultats thérapeutiques du sérum antidiphtérique dans la coqueluche ont été tout à fait incertains.

MM. *Cavasse* et *Paris* ont essayé le sérum du médecin belge, dans le service de M. Guinon. Comme M. Tollemer, ils trouvent qu'il n'exerce aucune influence sur la marche de la coqueluche.

M. *Baginski*, de Berlin, a essayé le sérum antistreptococcique contre la scarlatine, Mais il n'a observé aucun fait probant de guérison plus rapide ou de jugulation.

Pour ce qui concerne spécialement la marche de la fièvre, elle n'a pas différé, dans l'ensemble, de celle qu'on a relevée chez 72 scarlatineux qui n'ont pas été traités par les injections de sérum.

Celles-ci sont-elles au moins inoffensives, dans toute l'acception du mot. Il semble que non, si on s'en rapporte aux déclarations du professeur Baginski, que nous allons reproduire textuellement : « Des défescervences critiques n'ont pas été observées ; par contre, dans 4 cas traités par les injections de sérum, jusqu'à la dose de six fois 20 centimètres cubes, on a vu survenir, indépendamment de troubles graves de l'état général, sous forme d'une grande prostration, des complications sérieuses, endocardite, néphrite, lymphadénite. On observe avec une fréquence relativement grande des exanthèmes consécutifs aux injections, accompagnés parfois d'une fièvre élevée et de douleurs articulaires ». En somme, Baginski envisage sans grand enthousiasme les résultats que lui a donnés jusqu'ici le traitement de la scarlatine par les injections de sérum antistreptococcique.

M. Moser, de Vienne, a cru observer quelques résultats, mais, en réalité, peu concluants : le génie épidémique de la scarlatine est si variable.

Il ne faut donc pas trop se hâter de mettre sur le compte de la médication employée l'abaissement du taux de la mortalité constatée au cours d'une épidémie de scarlatine.

En tout cas, le sérum antistreptococcique employé comme spécifique de la scarlatine est encore à faire ses preuves.

Nous l'avons déjà dit antérieurement : le seul sérum indiscutable est celui de Roux contre la diphthérie ; deux autres peuvent donner quelques succès : le sérum antipesteux de Yersin et le sérum antistreptococcique de Marmorek. Quant au sérum antityphique de M. le professeur Chantemesse, il est encore impossible de se prononcer, car, actuellement, il n'agit qu'à la période de la maladie où le diagnostic est encore douteux (première semaine).

Pelade d'origine dentaire.

M. *Millian* a présenté à la Société de Dermatologie et de syphiligraphie un malade qui, depuis plusieurs années, a souffert de névralgies maxillaires violentes. Il avait les dents en mauvais état, et quelques-unes sont encore d'une sensibilité très vive. Il y a trois mois, sont apparues sur la gencive de petites vésicules, et, peu de temps après, une plaque de pelade à la queue de la moustache. Cette chute des poils s'arrêta, dès que l'auteur commença à soigner les dents, et fut, d'ailleurs, suivie de repousse. Dans ce cas, l'origine tropho-neurotique de la pelade semble d'autant moins douteuse que, dans la zone dépilée, on peut constater une anesthésie très nette à la piqûre et à la température. (*Tribune médicale.*)

M. *Jacquet.* — Cette observation est un fait de plus à ajouter à ceux que j'ai pu rassembler depuis trois ans, et qui m'ont amené à la conviction de l'origine dentaire de la majorité des cas de pelade. Quant aux troubles de la sensibilité de l'aire peladique, ils sont très fréquents, mais très variables ; on observe tantôt de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie.

L'helminthiase.

La *Revue Internationale de médecine et de chirurgie* analyse l'intéressante thèse de M. le Dr *Lasne Desvareilles* sur les symptômes principaux de l'helminthiase.

En dehors des symptômes indiscutables fournis par la présence, dans les déjections, des œufs de la larve ou du parasite lui-même, les premiers troubles à rechercher sont les troubles digestifs.

Les malades porteurs de parasites intestinaux présentent soit un appétit violent, soit une anorexie complète ; la langue est saburrale, la gorge est sèche, souvent une soif vive se fait sentir. Le malade peut avoir des nausées, des vomissements muqueux ou alimentaires, des pituites le matin, du dégoût pour certains aliments, pour la viande en particulier ; il peut éprouver des crises de gastralgie violentes accompagnées de hoquets, de convulsions, ou bien sentir comme un poids exagéré à la région épigastrique, etc.

Du côté de l'intestin, on observe une constipation souvent opiniâtre ou une diarrhée rebelle. Parfois, la constipation et la diarrhée alternent.

On a observé, maintes fois, soit des hémorragies gastriques, soit des hémorragies intestinales.

Les désordres gastro-intestinaux peuvent devenir chroniques et durer des années.

Du côté du foie, les troubles ne sont pas moins graves. C'est ainsi qu'on a vu mentionner des cas de crises douloureuses avec ictère intermittent, simulant à s'y méprendre des accès de coliques hépatiques.

Les nématoïdes peuvent provoquer de graves accidents du côté du foie en s'engageant dans les voies biliaires : ils obstruent alors les canaux, arrêtent le cours de la bile, provoquant ainsi de l'ictère, de la cholémie, de la dilatation des canalicules biliaires. Séjournant longtemps dans les canaux, ceux-ci peuvent s'enflammer, leur paroi se remplit de pus et l'inflammation peut se propager au tissu hépatique lui-même : ainsi prennent naissance des abcès du foie parfois étendus.

Tous ces troubles de l'estomac, de l'intestin et du foie ont une grande influence sur la nutrition : le malade s'affaiblit, maigrit, les muqueuses se décolorent, la peau prend une couleur de cire qui donne au malade un aspect cachectique.

Les parasites, soit par leur action directe sur la muqueuse intestinale, provoquant des hémorragies graves, soit par leur action sur les globules sanguins, déterminent de l'anémie et souvent une anémie profonde mettant en péril la vie de leur hôte qui succombera quelquefois avec tous les symptômes de l'anémie pernicieuse.

Les accidents nerveux peuvent être localisés et n'intéresser que tel ou tel organe, mais le plus souvent ils donnent lieu à des phénomènes généraux.

On a vu, depuis le simple changement de caractère, certains malades arriver à la manie furieuse, à la folie, d'autres présenter tous les symptômes de l'hydrophobie sans jamais avoir été mordus par un chien atteint de rage.

M. Lasne-Desvareilles mentionne plusieurs cas de véritables crises d'hystérie, d'épilepsie, de chorée, d'éclampsie.

Chez d'autres malades, on a observé de l'hémiplégie, de la paralysie plus ou moins complète.

Souvent, les patients se plaignent de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de défaillances et tombent en syncope ; d'autres fois, ils se plaignent de devenir sourds, de ne plus y voir aussi nettement et même dans certains cas ils accusent de la surdité et de la cécité complètes.

D'autres ont du spasme laryngé, de la dyspnée avec cyanose et menace d'asphyxie ; d'autres présentent de la perversion du goût et de l'odorat.

L'action du parasite peut se faire sentir sur la sécrétion glandulaire ; (ptyalisme, polyurie, etc.).

Tous ces symptômes, quels qu'ils soient, ne tardent pas à s'amender et à disparaître aussitôt après l'expulsion du parasite.

Les urines des cancéreux

M. le Dr *Sabrazès*, étudie dans la *Gaz. hebd. des sciences médicales* de Bordeaux, les modifications subies par les urines dans les cas de néoplasmes viscéraux.

Blumenthal fait remarquer que l'indicanurie d'un très haut degré milite en faveur du carcinome de l'estomac et d'un cancer ulcéré quand il existe de l'albuminurie et une diazo-réaction positive.

L'apparition d'une glycosurie intense, pendant l'évolution d'un néoplasme, indique une localisation pancréatique ainsi que récemment le fait s'est présenté à nous, au cours d'un néoplasme gastrique généralisé aux autres viscères abdominaux), ou peut marquer le développement d'une tumeur de la région bulbo-protubérantielle.

L'excrétion urinaire d'acide lactique plaide en faveur du cancer du foie ; l'exagération du taux de l'acide urique, en faveur d'une tumeur d'un organe riche en nucléine — foie, pancréas, corps thyroïde, ganglions — et en faveur d'une de ces affections si voisines, à notre avis, des néoplasmes, la myéloleucocythémie et la lymphocythémie.

Le vin.

M. le Dr *Maurice Bussillet* a étudié dans sa thèse les propriétés physiologiques, physiques, chimiques et thérapeutiques du vin ; voici en quelques lignes ses conclusions ;

Le vin mérite le nom de boisson hygiénique ».

Le vin doit être défendu aux enfants, sauf à quelques enfants malingres de la population urbaine chez qui l'action tonique et stimulante du vin peut avoir une influence favorable.

L'adulte proportionnera sa consommation à sa constitution et à son genre de vie. En aucun cas la quantité de vin ingérée quotidiennement ne doit atteindre deux litres.

Les excès de vin créent une forme particulière d'intoxication alcoolique — l'œnilisme — dans laquelle les déterminations pathologiques sur l'appareil digestif et ses glandes annexes ont une prédominance marquée relativement aux troubles nerveux.

Le vin est un médicament utile dont l'emploi est indiqué dans les infections, les traumatismes, certaines maladies chroniques et les convalescences.

Les vins médicinaux ont seulement des indications très restreintes qui ne justifient pas l'abus qu'en font la plupart des praticiens.

Le vin est une des armes les plus efficaces qu'on puisse employer dans la lutte contre l'alcoolisme qui, en France, est dû surtout à l'alcoolisation par les boissons distillées, plus particulièrement par la liqueur d'absinthe et les apéritifs.

FORMULAIRE

Tisane dépurative.

(Brocq.)

M. Brocq prescrit souvent chez les sujets atteints d'eczéma la tisane suivante :

Bardane	}	
Gentiane	}	
Pensée sauvage	} ââ	3 grammes.
Saponaire	}	
Séné épuisé par l'alcool	}	
Bicarbonate de soude		2 grammes.

A faire bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau.

Lotion contre la chute des cheveux.

(Brocq.)

Dans les cas où le cuir chevelu a besoin d'être excité et lorsqu'il y a chute des cheveux, M. Brocq emploie assez souvent la préparation suivante pour friction :

Acide acétique cristallisé		5 grammes.
Teinture de cantharide		10 grammes.
Teinture de romarin	} ââ	25 grammes.
Teinture de jaborandi	}	
Rhum		150 grammes.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Responsabilité d'honoraires. — Une consultation.

Mon Cher Docteur,

Après avoir pris connaissance de la lettre du Dr L. et de la réponse qu'il a reçue de la Cie de l'Est-Algérien, je m'empresse de vous donner mon avis sur les questions qui sont posées au Comité du « Sou » par notre confrère.

Le Dr L. se voit refuser par la Cie le paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à trois employés de la dite Cie, victimes d'accidents, et auprès desquels il a été appelé en raison de l'urgence, qui ne permettait pas d'attendre l'arrivée de l'un des médecins attitrés de cette Cie.

La loi sur les accidents du travail n'étant pas encore applicable en Algérie, tant qu'un règlement d'administration publique n'a pas réglé cette application suivant la disposition de l'art. 3 de la loi du 9 avril 1898, ce n'est pas sur cette loi que le docteur peut s'appuyer pour réclamer ce qui lui est dû.

Si le Dr L. a été appelé auprès des blessés par un agent quelconque de la Cie, il est en droit de réclamer à cette dernière le montant de ses honoraires, car dans ce cas c'est par la Cie qu'il se trouve avoir été mis en œuvre.

J'estime que, même s'il n'a pas été appelé par un agent de la Cie, auprès d'un employé blessé, mais par quelqu'un de l'entourage de ce dernier, il a, quand même, une action contre la compagnie s'il s'agit d'un cas d'urgence, c'est-à-dire dans lequel l'attente du médecin de la Cie, trop éloigné du lieu de l'accident, aurait pu avoir pour conséquence soit la mort, soit l'aggravation de l'état du blessé. En effet, en cas d'accident, la Cie peut se trouver responsable vis-à-vis de celui-ci ; d'autre part, elle se trouve obligée de donner les soins que nécessite son état à l'ouvrier blessé à son service, et, si celui-ci meurt ou devient incapable de travailler, elle peut se trouver obligée de faire une pension soit à sa veuve, soit à lui-même. Par suite, dans un cas d'urgence, le médecin qui, à défaut du médecin de la Cie trop éloigné, se rend dans le plus bref délai près de l'ouvrier et lui donne les premiers soins, a « géré l'affaire » de la Cie ; à ce cas, il y a lieu d'appliquer les règles du quasi-contrat de *gestion d'affaires* défini par l'art. 1372 du Code civil.

Et s'il a été appelé par un tiers auprès du blessé, c'est ce tiers qui a joué le rôle de « negotiorum gestor » en faisant venir le médecin. Aux termes de l'art. 1375, Code Civil « le maître dont l'affaire a été bien administrée, doit remplir les engagements que le gérant a contractés en son nom. »

Ainsi, que le médecin soit venu à l'appel du blessé ou sur l'invitation du tiers, il puise dans les dispositions ci-dessus rappelées le droit de réclamer à la Cie le prix des soins qu'a nécessités l'accident. Bien entendu, il ne pourrait réclamer en vertu de ces mêmes dispositions le prix des soins autres que ceux nécessités par l'urgence, que s'il était prouvé qu'il y avait impossibilité pour la Cie de pourvoir par son propre médecin aux soins ultérieurs.

Le Dr L. demande aussi quelles sont les obligations d'un médecin en cas d'urgence, à la suite d'accidents.

En droit, un médecin n'est jamais obligé de déférer à l'appel d'un particulier ou d'une entreprise particulière telle qu'une Cie de chemin de fer. Il n'est tenu de déférer qu'aux réquisitions judiciaires ou administratives, dans les circonstances prévues par l'art. 475 du Code pénal, c'est-à-dire dans le cas « d'accidents, tumultes, naufrages, inondations ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire ». Ces réquisitions sont alors adressées par un agent de l'autorité. Pour les honoraires afférents à la visite, au premier pansement et au rapport qu'il a été requis de faire le médecin est en droit de se faire régler par l'administration de l'Enregistrement, conformément aux décrets du 18 juin 1811 ou de 1893. S'il a donné des soins subséquents, il ne peut réclamer son paiement qu'à l'intéressé, à moins qu'il n'ait été mis en œuvre par un tiers intéressé à ce que le blessé reçoive des soins, ou qu'il n'ait été autorisé à continuer son concours par le chef d'entreprise ou patron responsable.

En tous cas, le médecin qui, au point de vue des devoirs d'humanité imposés à sa profession, ne peut refuser, dans les cas d'urgence, de se rendre auprès d'un ouvrier blessé aura, dans la plupart des cas, un recours contre le chef d'entreprise au service duquel l'accident est arrivé, en dehors même de toute application de la loi du 9 avril 1898, lorsqu'il se trouve avoir accompli une obligation qui incombait au dit chef d'entreprise.

Votre bien dévoué,

G. Gatineau,
Avocat à la Cour de Paris.
Conseil judiciaire du « Sou Médical ».

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur.

Monsieur et cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous rendre compte de notre réunion du 11 mai 1902 et des propositions votées.

Etaient présents : MM. Cholous, Coutand, Férouelle, Forst, Gandar, Gilbert, Jousseaume, Perreau, Peton, Seigneur, Tabaraud.

I. — MM. les docteurs Férouelle, de Saumur ; Jousseaume, de Saint-Cyr-en-Bourg, et Sabot, de Montsoreau, sont admis membres du Syndicat.

II. — Les membres présents se rallient au projet d'une fédération départementale des Syndicats médicaux de Maine-et-Loire proposé par nos confrères angevins ; M. le docteur Coutand, président, est chargé de représenter le Syndicat Saumurois à la réunion prochaine qui doit avoir lieu à cet effet.

III. — Le docteur Cholous annonce à l'Assemblée qu'il a obtenu complète satisfaction dans sa réclamation à la Compagnie d'Assurance-Accidents, qui contestait ses honoraires.

IV. — Plusieurs confrères se plaignent des agissements d'une femme connue, déjà plusieurs fois condamnée ailleurs pour exercice illégal, qui continue dans la région à donner des consultations et des médicaments à domicile. Le parquet a connaissance de ces faits, mais ne peut poursuivre sans preuves évidentes à l'appui ; les membres du Syndicat qui en auraient dans leurs clientèles — de même qu'à l'égard d'autres individus exerçant illégalement — sont priés de les faire connaître au Bureau.

— La prochaine réunion est fixée au samedi décembre, à 3 heures précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour :

a) Affaires diverses.
b) Election du Bureau de l'année.

Saumur, le 7 décembre 1902,

Le Secrétaire,
Dr Levraud.

Le Directeur-Gérant : Dr H. Gezilly.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1902

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionel. — IV. Articles Scientifiques et Professionnels.

I

Partie scientifique

A

B

C

D

E

F

II

Partie Professionnelle

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

IV

TABLE DES AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1902)

L

M

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.